

ANEXO 3: PLANILLA DE AUDITORÍA ANUAL DE BOTIQUÍN DE LA UNIDAD ASISTENCIAL *

Unidad Asistencial:	Fecha:
----------------------------	---------------

	ORDENACIÓN (CUMPLE S/N)	IDENTIFICACIÓN (CUMPLE S/N)	CADUCIDAD (CUMPLE S/N)	CONSERVACIÓN (CUMPLE S/N)
SÓLIDOS ORALES				
LÍQUIDOS ORALES				
INYECTABLES				
COLIRIOS				
POMADAS Y FORMAS TÓPICAS				
INHALADORES				
FLUIDOTERAPIA				
NUTRICIÓN ENTERAL				
PRODUCTOS SANITARIOS				

ENVASES MULTIDOSIS (SI/NO)		
Anotación fecha de apertura		
Anotación datos del paciente (si procede)		
Fecha apertura ≤ fecha de validez		
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE ESPECIAL CONTROL (SI/NO)		
Ausencia de medicamentos no aceptados en GFT		
Ausencia de medicamentos controlados (estupefacientes) fuera del armario de seguridad		
Ausencia de muestras gratuitas		
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS RETIRADOS		
CÓDIGO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD

Firma Farmacéutico/a:	Firma Supervisor/a:

*Cumplimentar por el farmacéutico responsable de la unidad. Remitir una copia a Dirección de Enfermería