

FORMULARIO GUIA DE EVALUACION GENERAL BASICO PARA FARMACIA AMBULATORIA O COMUNITARIA

A- Código

--	--	--	--	--	--	--

Para uso exclusivo de la DHA

Coordenadas

X:		Y:	
-----------	--	-----------	--

B- Nombre del Establecimiento (Escriba el nombre del Centro o Unidad)

--

C- Dirección (Calle y Número)

--

D- Barrio o Sector

--

E- Provincia

--

F- Municipio

--

G- Registro de la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI)

--

H- Registro Nacional de Contribuyente (R.N.C.)

--

I- Teléfonos (colocar dos numeros)

--

J- Correo Electrónico (Obligatorio para informarle respecto a su Expediente)

--

K- Tipo de Establecimiento

K.1- Farmacia Ambulatoria () **K.2-** Farmacia Comunitaria () **K.3-** Otros* ()

L- Dirección de Salud

L.1- Regional _____ **L.2-** Provincia _____ **L.3-** Área _____

Para uso de la DHA

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Sector al que pertenece si es Público

N.1- SNS () **N.2-**MDRD () **N.3-** PN () **N.4-** Otros () _____

O- Sector al que pertenece si es Privado

O.1- Privado Lucrativo () **O.2-** ONG () **O.3-** Otros () _____

P- Horario de Servicio

P.1- 4hrs. () **P.2-** 8 hrs. () **P.3-** 12 hrs. () **P.4-** 24 hrs. ()

Q- Fecha de Instalación

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Escriba la Fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

R.1	Nombre(s)	
R.2	Apellido(s)	
R.3	Cédula de Ident. y Electoral	
R.4	Dirección (Calle y Número)	
R.5	Barrio o Sector	
R.6	Municipio	
R.7	Provincia	
R.8	Teléfono(s)	
R.9	Celular	
R.10	Correo Electrónico	

S- DIRECTOR TECNICO FARMACEUTICO DEL ESTABLECIMIENTO

S.1	Nombre(s)	
S.2	Apellido(s)	
S.3	Cédula de Identidad y Electoral	
S.4	Dirección (Calle y Número)	
S.5	Barrio o Sector	
S.6	Municipio	
S.7	Provincia	
S.8	Teléfono(s)	
S.9	Fax(es)	
S.10	Correo Electrónico	
S.11	Título Profesional	
S.12	Especialidad	
S.13	No. de Exequátur	
S.14	Fecha de Expedición	
S.15	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

		SI	NO	Observaciones
T.1	Un director tecnico, licenciado y/ o doctor en farmacia.			
T.2	Numero de personal tecnico y auxiliares necesarios, acorde con la necesidad del establecimiento y durante el horario de atencion del establecimiento			
T.3	Horario de Servicio en horas	4 ()	6 ()	8 ()

1. Ubicación

		SI	NO	N/A	Observaciones
1.1	Instalada a una distancia no menor de 500 mts de las farmacias mas cercanas				
1.2	Independiente de casas, habitaciones u otros locales o ambientes ajenos al ejercicio profesional.				
1.3	No se encuentra ubicada en sotanos o subsuelos				
1.4	La farmacia comercial se encuentra instalada fuera de un centro medico				
1.5	La farmacia comercial se encuentra instalada fuera de estaciones de expendio de combustibles.				

2. Planta Fisica

2.1 Instalaciones Basicas

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.1	Techos con altura mínima de 2.6 ms				
2.2	Sistema de Salida de emergencia				
2.3	Ventilacion adecuada				
2.4	Iluminacion suficiente (300-400 luxes)				
2.5	Suministro de Energia Electrica permanente				
2.6	Suministro Permanente de Agua Potable				
2.7	Sistema de drenaje funcionando eficientemente				

2.2 Estacionamiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.8	Los estacionamientos estan señalizados				
2.9	Los estacionamientos estan delimitados				
2.10	Los estacionamientos estan Iluminados				
2.11	Los estacionamientos estan limpios				
2.12	Los estacionamientos estan en buen estado				

Salidas de Emergencia/Ruta de Evacuacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.13	Las salidas de emergencia son suficientes				
2.14	Las salidas de emergencia estan adecuadas a la capacidad de la edificación				
2.15	Las rutas de evacuación estan correctamente señalizadas.				
2.16	Las puertas interiores y exteriores que comprenden la ruta de evacuación estan situadas de forma que abran completamente en el sentido de la evacuación (hacia el exterior), sin que haya obstáculos que lo impidan.				
2.17	La ruta de evacuacion conduce al exterior lo más directamente posible				
2.18	El establecimiento cuenta con Indicaciones visibles de las salidas.				

(Nota: Locales mayores a 60 mts² de construccion deben poseer otra salida de emergencia diferente de la principal)

2.4 Escaleras

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.19	Poseen cinta anti-deslizante en las huellas				
2.20	Poseen cinta reflectiva en las contra huellas.				
2.21	Escaleras se encuentran Ventiladas				
2.22	Escaleras se encuentran Iluminadas				
2.23	Las escaleras no poseen escalones en los descansos.				
2.24	Las escaleras de emergencia no son en espiral (caracol)				
2.25	Las escaleras son rectas (en un solo tramo)				
2.26	Estarán protegidas en sus laterales a una altura mínima de 1.50 m para impedir el pánico				
2.27	Las escaleras estan construidas en metal u hormigón armado				
2.28	Poseen barandas de protección con pasamanos de ambos lados				

2.5 Techos

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.29	Construidos en Materiales no porosos				
2.30	Son de Fácil limpieza				
2.31	Son de facil desinfección				

2.6 Paredes y Revestimiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.32	Fabricadas en materiales lavables				
2.33	Fabricadas en materiales no porosos				
2.34	Son de Fácil limpieza				
2.35	Se encuentran limpias				

2.7 Pisos

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.36	Baldosas				
2.37	Sin levantamiento del piso cerca de una junta				
2.38	Resistente al agua y productos detergentes para la higiene hospitalaria				
2.39	Fabricado en Material antideslizante				

2.8 Puertas

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.40	Las puertas interiores y exteriores que comprendan la ruta de evacuación abren hacia el exterior				
2.41	Son lisas				
2.42	Poseen Cerraduras				
2.43	Las puertas de los baños de usuarios internos abren hacia afuera.				

2.9 Ventanas

		SI	NO	N/A	Observaciones
2.44	Las ventanas son fijas, proyectadas o de correderas				
2.45	Con cierre a presión				
2.46	Poseen Vidrio transparente templado o vidrio laminado de seguridad				
2.47	Poseen marco de Metal esmaltado.				
2.48	Las ventanas exteriores son resistentes a las fuerzas del viento y a las fuertes lluvias				

3. Instalaciones y Sistemas del Establecimiento

3.1 Instalaciones Eléctricas

		SI	NO	N/A	Observaciones
3.1	Todas las instalaciones eléctricas tienen un cierre de seguridad				
3.2	Son funcionales				
3.3	Los tomacorrientes no poseen deterioros físicos visibles				
3.4	Interruptores no poseen deterioros físicos visibles				
3.5	Sistemas de iluminación no poseen deterioros físicos visibles				
3.6	Son de Fácil acceso				

3.2 Climatizacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
3.8	Temperatura del ambiente entre 15 y 30°C				

3.3 Equipos propios de climatizacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
3.9	Equipos de climatizacion Sin deterioro				
3.10	Equipos de climatizacion Funcionales				
3.11	Equipo de climatizacion Centrales, tipo split o de ventana				
3.12	Posee abanicos convencionales				
3.13	Las tuberías de los equipos de climatizacion en buenas condiciones				
3.14	Cableado de los equipos de climatizacion no deben estar visibles				
3.15	Tuberias de los equipos de climatizacion sin liqueo				
3.16	Mantenimiento de forma continua y verificable				

4. Ambientes

4.1 Areas del Establecimiento Farmaceutico

		SI	NO	N/A	Observaciones
4.1	Area de recepcion, revision y almacenamiento de medicamentos y productos sanitarios				
4.2	Area de dispensacion y atencion al publico				
4.3	Area Administrativa o de Gestion				
4.4	Area de servicios sanitarios o aseos para el personal				

4.2 Baños

		SI	NO	N/A	Observaciones
4.5	Cuentan con Baños				
4.6	Cuenta con Inodoro de cerámica vitrificada.				
4.7	Cuenta con Lavamanos de cerámica vitrificada.				
4.8	Cuenta con dispensador de toallas de papel desechables o secador de manos				
4.9	Cuenta con dispensador de jabón líquido				
4.10	Cuenta con porta rollo de papel higiénico				
4.11	Cuenta con papelerera para desechos biológicos.				
4.12	a) Con tapa				
4.13	b) De Accionado de pie				
4.14	Cuenta con espejo.				
4.15	Piso no es resbaladizo				
4.16	Los baños no son utilizados para otros fines que no sean sanitarios, tales como almacenamiento o área de apoyo de algún tipo de servicio.				

5. Sistema de Señalización

5.1 Señaletica

		SI	NO	N/A	Observaciones
5.1	Posee un Sistema de señalización				
5.2	Señalización clara				
5.3	Señalización de Todas las áreas de servicio				
5.4	Señalización clara de las áreas administrativas,				
5.5	Sistema de señalización y rutas de evacuación segura en caso de emergencias y desastres				
5.6	Señalización inequívoca de las salidas				

6. Estandares minimos Equipamiento y Suministro

6.1 Equipamiento

		SI	NO	N/A	Observaciones
6.1	Sistemas de información manual y/o automático para				
6.2	Teléfono				
6.3	Calculadora				
6.4	Tarimas y/o estanterías de material no corrosivo				
6.5	Refrigerador para la conservación de medicamento o				
6.6	Refrigerador con hoja control temperatura				
6.7	Escritorio				
6.8	Sillas ergonómicas				
6.9	Sistema de seguridad que permita control efectivo de los medicamentos controlados (si aplica)				
6.10	Archivos				
6.11	Equipos de limpieza				

6.12	Zafacones con fundas y tapas			
6.13	Unidad de computadora personal			
6.14	Impresora			

7. Requerimientos mínimos sobre Documentación y Normas

7.1 Gestion y Documentacion

		SI	NO	N/A	Observaciones
7.1	Ley General de Salud No. 42-01				
7.2	Reglamentos de medicamentos No. 246-06				
7.3	Norma de habilitacion de establecimientos farmaceuticos vigente				
7.4	Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la República Dominicana				
7.5	Normas para las Buenas practicas de Dispensacion y Atencion farmaceutica				
7.6	Protocolo de Limpieza que contenga la forma correcta de limpiarse y los materiales a usar en cada una de las areas del establecimiento.				
7.7	Registro de limpieza				
7.8	Cuadro Basico de medicamentos ambulatorios de la Seguridad social				
7.9	Horarios de Servicios visible al publico				
7.10	Procedimiento para el manejo de quejas que debera contener los criterios para evaluacion, analisis y acciones correctivas derivadas				
7.11	Programa y registro de control de plagas y roedores que contenga los siguientes datos: Nombre del Fumigador, Producto utilizado, antidoto del producto, areas fumigadas y fecha de la fumigacion)				
7.12	Plan de mejoramiento de la calidad de los servicios que cumpla con los siguientes criterios: a) Realizacion Periodica de analisis de oportunidades de mejora b) Analisis de indicacion de la satisfaccion de los usuarios, quejas y sugerencias c) Analisis de los reportes e informes tecnicos de inspeccion de la autoridad sanitaria si los hubiere d) Acciones correctivas y preventivas de incidentes con plazos de cumplimiento d) gestion de los recursos de las acciones para el mejoramiento de la calidad e) responsables de las acciones y tareas.				

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

_____ Nombre del Director Tecnico	_____ Firma del Director Tecnico
_____ Nombre del Inspector/a y/o Supervisor	_____ Firma del Inspector/a y/o Supervisor
_____	_____
_____	_____
Fecha: _____	Hora de Inspección: _____
Para uso exclusivo de la DHA	