

## SCHEDA VALIDAZIONE PRESCRIZIONE OPAT E CONTROLLO QUALITÀ

### Dati identificativi del paziente

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### Validazione prescrizione

	Descrizione / Note	Sigla / Check
Verifica prescrizione		
Stabilità farmaco		
Compatibilità diluente		
Lotto farmaco		/

☐ Validata

☐ Non validata (specificare le motivazioni nelle note)

**Data**

**Firma e timbro  
farmacista**

### Checklist controllo qualità:

Nominativo preparatore: \_\_\_\_\_

Nominativo controllore: \_\_\_\_\_

	Descrizione/Note	Sigla / Check preparatore	Sigla / Check controllore
Aspetto soluzione			
Volume			
pH (se richiesto)			
Completezza etichetta			
Integrità pompa			

**Data**

**Firma preparatore**

**Firma controllore**

