

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

