|  |  |
| --- | --- |
| Anlage Prüfung Protokoll Medikamentenvorräte in Heime | O2R1 |

|  |
| --- |
| **Protokoll über die Prüfung der Vorräte an Arzneimitteln**  **und apothekenpflichtigen Medizinprodukten** |

|  |  |
| --- | --- |
| Unternehmensbezeichnung |  |
| Postleitzahl |  |
| Ortsbezeichnung |  |
| Straße |  |
| Hausnummer |  |
| Bereich / Abteilung |  |
| Datum der Prüfung |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prüfungsinhalt** | | **JA** | **NEIN** | **Bemerkung** |
| Werden die allgemeinen Lagerungs- und Aufbewahrungsbedingungen (Licht, Temperatur, Hygiene) eingehalten? | |  |  |  |
| Ist der Arzneimittelschrank abgeschlossen? | |  |  |  |
| Werden die Arzneimittel bewohnerbezogen aufbewahrt? | |  |  |  |
| Werden die Arzneimittel in Originalbehältnissen aufbewahrt? | |  |  |  |
| Werden die angebrochenen Arzneimittel gekennzeichnet und falls erforderlich mit einem Anbruchsdatum versehen? | |  |  |  |
| Werden die angebrochenen Arzneimittel, falls erforderlich, entsprechend der Angaben des Herstellers rechtzeitig vernichtet? | |  |  |  |
| Ist sichergestellt, dass die ältesten Packungen zuerst verbraucht werden  (First in–First out-Prinzip)? | |  |  |  |
| Ist bewohnerbezogen nur ein Anbruch eines Fertigarzneimittels vorhanden? | |  |  |  |
| Werden kühl aufzubewahrende Arzneimittel in einem separaten Kühlschrank gelagert? | |  |  |  |
| Wird die Kühlschranktemperatur regelmäßig überprüft (Minimax-Thermometer)? | |  |  |  |
| Wird die Überprüfung der Kühlschranktemperatur dokumentiert? | |  |  |  |
| Werden die kühl zu lagernden Arzneimittel bewohnerbezogen im Kühlschrank aufbewahrt? | |  |  |  |
| **Prüfungsinhalt** | | **JA** | **NEIN** | **Bemerkung** |
| Werden die Betäubungsmittel ordnungsgemäß gelagert? | |  |  |  |
| Wurden nicht mehr benötigte oder nicht mehr verwendbare Arzneimittel aussortiert und sachgerecht entsorgt? | |  |  |  |
| Wurden vorhandene Mängel sofort abgestellt? | |  |  |  |
| Ist eine erneute kurzfristige Prüfung der Arzneimittelvorräte notwendig? | |  |  |  |
| Wurden die bei der letzten Prüfung festgestellten Mängel abgestellt? | |  |  |  |
| Dem Apotheker wurden sämtliche Arzneimittelvorräte zur Prüfung zugänglich gemacht? | |  |  |  |
| **Weitere Bemerkungen** | | | | |
|  | | | | |
| **Unterschriften** | | | | |
|  |  | | | |
| Datum | Name, Unterschrift Prüfer (Apotheker(in) | | | |
|  |  | | | |
| Datum | Name, Unterschrift Leitungspersonal Kenntnisnahme | | | |