|  |  |
| --- | --- |
| 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 |