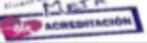


# **PREPARACION DE MEDICAMENTOS**



	FORMATO	
	<b>REPORTE DE EVENTOS - INCIDENTES ADVERSOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS</b>	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2018
		VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GFA-PSF-F-001EA
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DEL REPORTE (DD/MM/AAAA)

DATOS DEL REPORTANTE									
NOMBRE:									
PROFESIÓN:					SERVICIO:				
DATOS DEL PACIENTE									
NOMBRE:									
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					EDAD:			CAMA:	
DIAGNÓSTICO:									
DATOS DEL MEDICAMENTO									
Registre los medicamentos utilizados, marque con una "S" el(los) sospechoso(s), con una "C" el(los) concomitante(s) y con una "I" las interacciones.									
S/C/I	Medicamento	Indicación	Dosis	Concentración	Vía de Administración	Frecuencia de Administración	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	
INFORMACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO									
Titular del Registro Sanitario			Nombre Comercial			Lote		Registro Sanitario	
INFORMACIÓN DEL EVENTO									
Fecha de inicio del evento adverso:					Evento adverso:				
Descripción del evento:					Desenlace del evento (Marque con una X)				
					<input type="checkbox"/> Recuperado / Resuelto sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado / Resuelto con secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado / Resolviendo <input type="checkbox"/> No recuperado / No resuelto <input type="checkbox"/> Fatal				
					Seriedad (Marque con una X)				
					<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Anomalía congénita <input type="checkbox"/> Amenaza de vida <input type="checkbox"/> Muerte (Fecha: _____) <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad o incapacidad permanente / Condición médica importante				
¿El evento se presentó después de administrar el medicamento?					SI	NO	NO SABE		
¿Existen otros factores que puedan explicar el evento (medicamento, patologías, etc.)?									
¿El evento desapareció al disminuir o suspender el medicamento sospechoso?									
¿Se puede ampliar la información del paciente relacionado con el evento?									

**RUTA INSTITUCIONAL**  
  
**MANUALES HUN/**  
  
**SERVICIO FARMACEUTICO/**  
  
**FARMACIA ABASTECIMIENTO/**  
  
**FORMATOS/**  
  
**FARMACOVIGILANCIA**



## **PAUTAS Y REQUISITOS**

Las áreas de preparación deben estar alejadas de corrientes de aire permanentes, zonas de obras, cocinas, almacén de comidas, zona de muestras biológicas, zonas de atención y de paso de pacientes.

Debe asegurarse la ausencia de material potencialmente contaminante en la superficie de preparación (p. ej., material contaminado de los pacientes o de desecho, productos caducados, etc.).



## PAUTAS Y REQUISITOS

1. Verificación de la fórmula médica
2. Alistar los insumos a necesitar (medicamentos, jeringas, bolsas de dilución, agujas, etiquetas o rótulos, dotación, reconstituyentes). El material y los utensilios necesarios para la preparación de medicamentos deben estar almacenado en la zona de preparación de modo que solo se utilicen para tal fin.
3. Realizar desinfección en la superficie de preparación (Debe asegurarse la limpieza y desinfección diaria, tanto de las superficies de trabajo como del suelo)



## PAUTAS Y REQUISITOS

4. Realizar limpieza de los insumos a necesitar (Debe evitarse la presencia de materiales que desprenden partículas en las superficies de preparación (p. ej., papel, cartón, madera, etc.). Los equipos de trasvase, jeringas y agujas estériles de un solo uso deben almacenarse en la zona de preparación de forma que se asegure su calidad óptima.
5. Cumplir con el protocolo de colocación de ropa o dotación necesaria para la preparación
6. Realizar los cálculos necesarios de conversión a mililitros de la dosis requeridas



## PAUTAS Y REQUISITOS

7. Realizar las reconstituciones y diluciones requeridas haciendo buen uso de la técnica de preparación. (El material de preparación no debe estar en contacto con el paciente, se debe hacer siempre una transferencia final a un envase unitario de un solo uso para el paciente). Extraer el aire a las bolsas de soluciones endovenosas.

- Iniciar con el procedimiento de preparación teniendo en cuenta las características de cada medicamento en cuanto los protocolos de reconstitución y dilución plasmados en orden y guía de producción.
- Cumplir con la técnica del sistema de equilibrio de presiones durante la reconstitución del medicamento haciendo uso de la técnica doble aguja.
- Cumplir con la técnica de preparación del medicamento de acuerdo con cada ficha técnica propia del laboratorio fabricante



## **PAUTAS Y REQUISITOS**

8. Rotular la bolsa de dilución, frasco o jeringa de preparación. (Una vez utilizadas, las jeringas y agujas deben desecharse en los contenedores de seguridad apropiados para evitar contaminaciones o errores por la reutilización)
  
9. Realizar despeje final del área (Debe asegurarse su limpieza y desinfección tras cada uso para evitar la contaminación cruzada con otras preparaciones (p. ej., cortadores de comprimidos, recipientes de reconstitución de líquidos orales) y almacenar la mezcla (almacenado en la zona de preparación), la jeringa y proceder con los protocolos de administración

## VERIFICACION MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO

### INSUMOS Y AREA

- Verifica que el jefe de enfermería use los elementos de protección personal (gorro, guantes y tapabocas).
- Verifica que los insumos sean ingresados al área de trabajo limpio previamente desinfectados con alcohol al 70%
- Verifica la identificación de área y equipos desinfectados
- Buen estado de las etiquetas/rótulos, si alguna etiqueta tiene mal estado solicita al jefe de enfermería la nueva etiqueta producción la impresión



## VERIFICACION MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO

### PRODUCTO

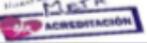
- Verifica que los insumos ingresados correspondan a los indicados en la orden de médica según la cantidad y la concentración de los medicamentos, para no afectar los cálculos realizados .
- Verifica presencia de burbujas y partículas en la mezcla diluyente para infusión
- Verifica Cierre hermético del envase (sin fugas)
- Verifica Coloración habitual del medicamento: si algún medicamento tiene una coloración diferente a la habitual descarta para evitar confusión y ordena preparar de nuevo.
- Verifica volumen adecuado para la dosis del medicamento y volumen del diluyente



No IDENTIFICACION	CO NSE CUT IVO	VERIFI CACION		N° CAMA	MEDICAMENTO	RESENTACION	CONCENTR ACION mg/mL	FRECUENCIA (C/nH)	No DE DOSI S A PREP	DOSIS		MEDICAMENTO	RESENTACION
		C	NC							mg,UI	mL		
1145826347	1	X		313	ACICLOVIR	250	25	CADA 8 H	3	440	17,60	ACICLOVIR	250
1076988298	2	X		308	ACICLOVIR	250	25	CADA 8 H	3	110	4,40	ACICLOVIR	250
1062092502	3	X		302	AMPICILINA	1000	200	CADA 6 H	4	245	1,23	AMPICILINA	1000
1080935086	4	X		310	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	50	4	CADA 24 H	1	50	12,50	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	50
1076511321	5	X		311	CASPOFUNGINA	50	5,2	CADA 24 H	1	30	5,77	CASPOFUNGINA	50
1075317596	6	X		300	CEFEPIME	1000	100	CADA 8 H	3	450	4,50	CEFEPIME	1000
1191222808	7	X		305	CEFEPIME	1000	100	CADA 8 H	3	250	2,50	CEFEPIME	1000

# PREPARACION DE MEDICAMENTOS SERVICIO FARMACEUTICO

DOSIS		MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONCENTRACION mg/mL	VIA ADM ON	VENCIMIENTO (unidosis)	RECONSTITUYENTE	VOL RECONSTITUYENTE	DILUYENTE	VOL FINAL	CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	TIPO DE ENVASE	OTRAS CONDICIONES	DIAS ESTABILIDAD
mg,UI	mL													
440	17,60	ACICLOVIR	250	25	IV	12/04/2018	AD	10	N/A	N/A	DE 2 - 8°C, PROTEG	JERINGA	NINGUNA	1
110	4,40	ACICLOVIR	250	25	IV	12/04/2018	AD	10	N/A	N/A	DE 2 - 8°C, PROTEG	JERINGA	NINGUNA	1
245	1,23	AMPICILINA	1000	200	IV	12/04/2018	AD	10	N/A	NA	DE 2 - 8°C, PROTEG	JERINGA	NINGUNA	1
50	12,50	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL 50MG	50	4	IV	12/04/2018	AD	12,5	N/A	NA	DE 2 - 8°C, PROTEG	JERINGA	NINGUNA	1
30	5,77	CASPOFUNGINA	50	5,2	IV	12/04/2018	AD	10,5	N/A	NA	DE 2 - 8°C, PROTEG	JERINGA	NINGUNA	1
450	4,50	CEFEPIME	1000	100	IV	12/04/2018	SSN 0,9%	10	N/A	NA	DE 2 - 8°C, PROTEG	JERINGA	NINGUNA	1
250	2,50	CEFEPIME	1000	100	IV	12/04/2018	SSN 0,9%	10	N/A	NA	DE 2 - 8°C, PROTEG	JERINGA	NINGUNA	1

	FORMATO	
	<b>REPORTE DE EVENTOS - INCIDENTES ADVERSOS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS</b>	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2018
		VERSIÓN: 01
		CÓDIGO: GFA-PSF-F-001EA
		PÁGINA: 1 de 1

FECHA DEL REPORTE (DD/MM/AAAA)

DATOS DEL REPORTANTE									
NOMBRE:									
PROFESIÓN:					SERVICIO:				
DATOS DEL PACIENTE									
NOMBRE:									
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					EDAD:			CAMA:	
DIAGNÓSTICO:									
DATOS DEL MEDICAMENTO									
Registre los medicamentos utilizados, marque con una "S" el(los) sospechoso(s), con una "C" el(los) concomitante(s) y con una "I" las interacciones.									
S/C/I	Medicamento	Indicación	Dosis	Concentración	Vía de Administración	Frecuencia de Administración	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	
INFORMACIÓN COMERCIAL DEL MEDICAMENTO									
Titular del Registro Sanitario			Nombre Comercial			Lote		Registro Sanitario	
INFORMACIÓN DEL EVENTO									
Fecha de inicio del evento adverso:					Evento adverso:				
Descripción del evento:					Desenlace del evento (Marque con una X)				
					<input type="checkbox"/> Recuperado / Resuelto sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado / Resuelto con secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado / Resolviendo <input type="checkbox"/> No recuperado / No resuelto <input type="checkbox"/> Fatal				
					Seriedad (Marque con una X)				
					<input type="checkbox"/> Produjo o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Anomalía congénita <input type="checkbox"/> Amenaza de vida <input type="checkbox"/> Muerte (Fecha: _____) <input type="checkbox"/> Produjo discapacidad o incapacidad permanente / Condición médica importante				
¿El evento se presentó después de administrar el medicamento?					SI	NO	NO SABE		
¿Existen otros factores que puedan explicar el evento (medicamento, patologías, etc.)?									
¿El evento desapareció al disminuir o suspender el medicamento sospechoso?									
¿Se puede ampliar la información del paciente relacionado con el evento?									

**RUTA INSTITUCIONAL**  
  
**MANUALES HUN/**  
  
**SERVICIO FARMACEUTICO/**  
  
**FARMACIA ABASTECIMIENTO/**  
  
**FORMATOS/**  
  
**FARMACOVIGILANCIA**



**GRACIAS**

