



università di ferrara

Corso di Laurea in Farmacia
Corso di Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche

**TIROCINIO PROFESSIONALE
IN FARMACIA OSPEDALIERA**

LIBRETTO DI FREQUENZA

a.a. _____ / _____

Dati dello STUDENTE TIROCINANTE

Cognome e Nome: _____

Matricola: _____

Anno di corso al momento dell'inizio del tirocinio: _____

Nome e Cognome del Tutore Accademico: prof./dott. _____

Dati della STRUTTURA OSPITANTE

Denominazione della struttura: _____

Titolare o Direttore: dott. _____

Indirizzo: _____

C.A.P.: _____

Località/Comune/Provincia: _____

Telefono: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Nome e Cognome del Tutore Professionale: dott. _____

Firma del Tutore Accademico

Timbro Farmacia e firma del Tutore Professionale

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL PRESENTE LIBRETTO DI FREQUENZA

- Il libretto di frequenza stampato, vidimato e firmato, è un documento ufficiale, strettamente personale, che attesta il corretto svolgimento del Tirocinio professionale in Farmacia, secondo quanto previsto dal Regolamento del Tirocinio. Esso è composto da 20 pagine.
- **All'inizio del tirocinio**, lo studente Tirocinante stampa una copia cartacea del libretto di frequenza. Lo studente, il Tutore Professionale e il Tutore Accademico compilano con i dati richiesti la prima pagina del libretto.
- **L'elenco degli argomenti** da svolgere durante il tirocinio è disponibile alle pagine 4-5, opportunamente numerato. Il numero corrispondente all'argomento va utilizzato per la rendicontazione giornaliera degli argomenti svolti nel registro mensile delle presenze. Gli argomenti possono essere svolti secondo un ordine temporale che non rispecchi la progressione numerica alle pagine 4-5.
- Il **registro mensile delle presenze** comprende 12 pagine consecutive, una per ogni mese solare in cui si svolgono giorni di tirocinio (pag. 6-17 del libretto). Poichè il tirocinio deve essere svolto per una durata complessiva di almeno sei mesi e completato nell'arco di non più di dodici mesi, a partire dal primo mese (pag. 6) devono essere compilate al minimo 6 pagine mensili, ma non più di 12.
- Ciascuna **pagina mensile** deve riportare mese e anno solare e il timbro della Farmacia. Deve essere compilata giornalmente con la descrizione delle attività svolte (utilizzando la numerazione dell'elenco argomenti alle pagine 4-5) e firmata, sempre giornalmente, dal Tutore professionale. Alla fine del mese è contro-firmata anche dallo studente nell'apposito spazio. Non è obbligatorio svolgere attività di tirocinio tutti i giorni del mese o in giorni consecutivi.
- Al **termine del periodo complessivo di tirocinio**, le ore totali svolte sono riportate a pagina 18. Il Tutore Professionale esprime il giudizio finale sul Tirocinante compilando l'apposita sezione a pagina 18. In seguito, lo studente si reca presso l'Ordine dei Farmacisti della provincia dove ha sede la Farmacia ospitante per ottenere la vidimazione del libretto (apposita sezione a pagina 18).
- Solo dopo avere ottenuto il giudizio del Tutore professionale e la vidimazione del libretto da parte dell'Ordine dei Farmacisti della provincia dove ha sede la farmacia ospitante, lo studente può sostenere il **colloquio di valutazione del Tirocinio** da parte dell'Ordine dei Farmacisti di Ferrara, che esprime il proprio parere nell'apposita sezione a pagina 19. Solo dopo il colloquio presso l'Ordine dei Farmacisti di Ferrara, la Commissione per il Tirocinio nominata dalla struttura didattica esprime il giudizio di idoneità sullo studente, ritira il libretto di frequenza e lo trasmette alla Segreteria Studenti per la registrazione in carriera.

Per quanto non espressamente indicato nel presente libretto, si rimanda al Regolamento del Tirocinio Professionale disponibile online nel sito web dei Corsi di Laurea in Farmacia e CTF.

ELENCO DEGLI ARGOMENTI DA SVOLGERE DURANTE IL TIROCINIO IN FARMACIA OSPEDALIERA (art. 12 del Regolamento del Tirocinio Professionale) - approvato il 04.04.2013
Dipartimento Farmaceutico Interaziendale della Azienda USL - Azienda Ospedaliero Universitaria - Ferrara.

1. NORME DI RIFERIMENTO

- 1.1 Conoscenza di base delle normative che regolamentano l'attività dei Servizi di Farmacia
- 1.2 Conoscenza di base delle norme di riferimento relativamente ai prodotti farmaceutici (medicinali, Dispositivi Medici-DM, Diagnostici in Vitro-IVD, gas medicinali, preparati galenici, radio-farmaci, dietetici, disinfettanti, etc.)
- 1.3 Conoscenza di base sulle norme che regolano l'Assistenza Farmaceutica territoriale (es. classificazione ai fini della fornitura, piante organiche, etc.)

2. GESTIONE DEI PRODOTTI E APPROVVIGIONAMENTI

- 2.1 Classificazioni dei prodotti farmaceutici (es. classe ATC, CND), anagrafiche, informazioni tecniche e presa-visione e conoscenza diretta dei prodotti presenti nella Farmacia Ospedaliera
- 2.2 Attività di approvvigionamento (scorta, transito, ricevimento da fornitori) e logiche per una gestione efficiente
- 2.3 Modalità di dispensazione ai reparti e servizi
- 2.4 Gestione delle scorte (corretta conservazione, scadenze, etc.) e valutazioni di efficienza (tasso rotazione)
- 2.5 Conoscenze di base sulle attività per relative a capitolati di gara (es. individuazione fabbisogni, documentazione tecnica, richiesta di valutazione prodotti e rapporto prezzo/qualità, destinazioni d'uso dei prodotti)
- 2.6 Gestioni peculiari: es. Stupefacenti e relative norme, Gas Medicinali e controlli di qualità
- 2.7 Gestione antidoti: normativa sulla classificazione e gestione prontuario antidoti.

3. VIGILANZA

- 3.1 Farmacovigilanza, Dispositivovigilanza: norme di riferimento e attività relative alle segnalazioni (Rete Nazionale, attività informativa e formativa, etc.); attività relative al ritiro prodotti
- 3.2 Verifiche dei depositi farmaceutici di reparto per stupefacenti e altri prodotti
- 3.3 Attività relative alla gestione del rischio in area farmaceutica

4. PRODUZIONE GALENICA TRADIZIONALE E CLINICA

- 4.1 Principali normative che regolano lo svolgimento della produzione di galenica tradizionale e clinica e NBP FUI
- 4.2 Visione e assistenza alle principali preparazioni galeniche (pesate, cartine, capsule, colluttori e pomate) e della gestione della documentazione relativa, conoscenza delle Procedure, Istruzioni Operative e Standard tecnici dei laboratori galenici

4.3 Informazioni sull'allestimento delle terapie antitumorali, a partire dall'inserimento delle prescrizioni nello specifico programma informatico, all'analisi dettagliata delle procedure di erogazione del servizio e di allestimento delle terapie.

4.4 Attività relative alle valutazioni di stabilità delle preparazioni galeniche sterili e non sterili.

5. GOVERNO CLINICO E MONITORAGGIO CONSUMI E COSTI

5.1 Verifiche di appropriatezza di utilizzo di prodotti farmaceutici (appropriatezza prescrittiva: Note AIFA, Piani Terapeutici, Richieste Motivate; analisi di consumi in rapporto al Budget, etc.)

5.2 Analisi e valutazioni sull'utilizzo di specifiche tipologie di prodotti (es. antibiotici e antimicotici di ultima generazione in riferimento alle indicazioni fornite dagli antibiogrammi, reti chirurgiche, Epoietine, farmaci antineoplastici, etc.); visione controllo appropriatezza sui Registri AIFA e risk sharing

5.3 Visione dei lavori di Commissioni Tecniche e Gruppi di Lavoro per la valutazione di appropriatezza e stesura di raccomandazioni (Comm. Prontuari, Buon uso del sangue, Infezioni ospedaliere, etc.) con utilizzo di metodologie basate su EBM e studi di HTA

5.4 Analisi della reportistica di spesa a supporto della Direzione Aziendale e dei Direttori di Unità operativa, rispetto al budget

5.5 Illustrazione delle principali Banche Dati sanitarie di ricerca informazioni sui prodotti farmaceutici e siti web (Farmadati, AIFA, EMA, GIMBE, PubMed, Cochrane, MinSal, Agenas, Ori, UVEF, HTA e Horizon Scanning, etc.) e prova di ricerche bibliografiche

5.6 Visione dell'attività di dispensazione Farmaci in Erogazione diretta, con verifiche di appropriatezza ed informazione ai pazienti. Norme sulla dispensazione dei farmaci

6. SPERIMENTAZIONE CLINICA

6.1 Conoscenze di base sulle norme e sulla metodologia della ricerca Clinica e gestione dei campioni per sperimentazione (es. farmaci chemioterapici antitumorali).

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 1
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 2
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 3
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 4
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 5
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 6
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 7
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 8
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 9
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro della Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 10
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 11
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE – MESE 12
(da compilare per ogni mese in cui si sono svolte giornate di tirocinio)

MESE	ANNO	Timbro Farmacia

Data	Orario 1 ^a entrata	Orario 1 ^a uscita	Orario 2 ^a entrata	Orario 2 ^a uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

*Indicare il numero dell'argomento facendo riferimento all'elenco alle pagine 4-5.

Totale ore nel mese

Firma dello studente Tirocinante

DATI RIGUARDANTI IL PERIODO DI TIROCINIO
(artt. 2, 5, 16 Regolamento del Tirocinio)

DATA DI INIZIO: _____

DATA DI CONCLUSIONE: _____

NUMERO TOTALE DI ORE DI TIROCINIO SVOLTE: _____

GIUDIZIO FINALE SUL TIROCINANTE

**(compilazione a cura del farmacista Tutore Professionale
SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO)**

- Frequenza e puntualità: _____
- Partecipazione e interesse: _____
- Apprendimento: _____

Giudizio complessivo: ☐ SUFFICIENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO

Firma del Tutore Professionale: _____

Firma del Direttore: _____

Data: _____

Timbro della Farmacia

VIDIMAZIONE LIBRETTO

**(compilazione a cura dell'Ordine dei Farmacisti competente per il territorio in cui ha sede la
farmacia ospitante, SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO)**

Ordine dei Farmacisti della provincia di _____

Presidente: dott. _____

Firma del Presidente: _____

Data: _____

Timbro dell'Ordine

VALUTAZIONE FINALE DEL TIROCINIO
(artt. 5,16 Regolamento del Tirocinio)

COLLOQUIO DI TIROCINIO PRESSO L'ORDINE DEI FARMACISTI DI FERRARA
(compilazione a cura dell'Ordine dei Farmacisti di Ferrara
SOLO AL TERMINE DEL TIROCINIO E DOPO VIDIMAZIONE DEL LIBRETTO DALL'ORDINE
PROVINCIALE DI COMPETENZA per il territorio sede della farmacia ospitante)

Domande:

Giudizio complessivo: ☐ SUFFICIENTE ☐ DISCRETO ☐ BUONO ☐ OTTIMO

Firma del Presidente: _____

Data: _____

Timbro Ordine
Farmacisti Ferrara

GIUDIZIO DI IDONEITA'

(compilazione a cura della Commissione per il Tirocinio SOLO DOPO IL COLLOQUIO
PRESSO L'ORDINE DEI FARMACISTI DI FERRARA)

Presidente di Commissione: _____

2° Commissario: _____

3° Commissario: _____

Giudizio: ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO

Firma del Presidente di Commissione: _____

Data: _____

ANNOTAZIONI