

**Protokoll Stationsbegehung**
**Beilage**

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>Spital:</b> .....  | <b>Station:</b> .....                 |
| <b>Stationsleitung:</b> .....   | <b>Verantw. Stationsapoth.:</b> ..... |
| <b>Anwesender Ansprechpartner Station:</b> .....                          |                                       |
| <b>Datum Stationsbegehung:</b> .....                                      |                                       |
| <b>Apotheker / Mitarbeiter Klinikversorgung EG / Praktikant:</b><br>..... |                                       |

|                              |   |                             |                               |
|------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>1. Stations-Apotheke:</b> |   |                             |                               |
| 1.1                          | Werden alle Arzneimittel unter Verschluss gelagert?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1.2                          | Ist ein Kühlschrank für die Lagerung von Arzneimitteln vorhanden?                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1.3                          | Sind die Räumlichkeiten sauber und geeignet für den fachgerechten Umgang mit Arzneimitteln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 1.4                          | Sind die Platzverhältnisse für pharmazeutische Arbeiten ausreichend?                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

|                             |   |                               |   |
|-----------------------------|---|-------------------------------|---|
| <b>2. Lagerbedingungen:</b> |   |                               |   |
| 2.1                         | Lagern alle Arzneimittel vor Sonnenlicht / direktem Tageslicht geschützt?               | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein |
| 2.2                         | Sind die Arzneimittelschränke sauber?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein |
| 2.3                         | Ist die Arbeitsfläche in der Apotheke ordentlich und sauber?                            | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein |
| 2.3                         | Werden AM (Infusionsflaschen / Kartons) am Boden gelagert?                              | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                   |
| 2.4                         | Lagern die kühlpflichtigen Arzneimittel im Kühlschrank?                                 | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein |
| 2.5                         | Ist der Kühlschrank sauber?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |
| 2.6                         | Werden Lebensmittel im Kühlschrank aufbewahrt?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                                   |
| 2.7                         | Liegt die Kühlschrank-Temperatur zum Zeitpunkt der Stationsbegehung zwischen 2 und 8°C? | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                 |

|                                     |   |                               |   |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|---|
| <b>3. Umgang mit Arzneimitteln:</b> |   |                               |   |
| 3.1.                                | Sind die Medikamente übersichtlich angeordnet?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein   |
| 3.2                                 | Ist der Umfang der lagerhaltigen AM angemessen?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein   |
| 3.3                                 | Wurden alle gelagerten Arzneimittel regulär von der Spital-Pharmazie geliefert?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> ≤ 5 OP <input type="checkbox"/> > 5 OP |
| 3.4                                 | Werden mitgebrachte Medikamente von Patienten separat unter Verschluss gelagert?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein                                   |
| 3.5                                 | Wird das „FEFO-Prinzip“ (first expired, first out) beachtet, d.h. Arzneimittel mit kürzerem Verfalldatum zuvorderst eingeräumt? | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein   |
| 3.6                                 | Gibt es verfallene Arzneimittel?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ≤ 5 OP <input type="checkbox"/> > 5 OP |
| 3.7                                 | Ist von jedem AM jeweils nur eine Packung im Anbruch?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein   |
| 3.8                                 | Sind alle Fertigarzneimittel in ihrer Originalpackung?  | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. <input type="checkbox"/> nein   |
| 3.9                                 | Wurden verschiedene Chargen in einer OP gemischt?   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ≤ 5 OP <input type="checkbox"/> > 5 OP |

**Protokoll Stationsbegehung**
**Beilage**

|      |   |                               |                                 |                               |
|------|---|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 3.10 | Ist jedes Arzneimittel vollständig mit Name, Dosierung und Verfalldatum und / oder Chargennummer identifizierbar? | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.11 | Sind angebrochene Mehrdosenbehältnisse von flüssigen Arzneiformen mit dem Datum / Stunde des Anbruchs versehen?   | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.12 | Wird zum Mörsern der empfohlene Tablettenzerkleinerer verwendet und ist er sauber?                                | <input type="checkbox"/> ja   |                                 | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.13 | Werden zum Teilen die empfohlenen Tablettenteiler verwendet und sind diese sauber?                                | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> teilw. | <input type="checkbox"/> nein |
| 3.1  | Liegen lose, geteilte Tabletten in den Sekundärverpackungen?  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilw. | <input type="checkbox"/> ja   |
| 3.15 | Werden angeschnittene Therapeutische Pflaster gelagert?   | <input type="checkbox"/> nein |                                 | <input type="checkbox"/> ja   |

**4. Umgang mit Betäubungsmitteln:**

|     |  |                             |  |                               |
|-----|--|-----------------------------|--|-------------------------------|
| 4.1 | Werden alle BM separat unter Verschluss gelagert?  | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.2 | Befindet sich der Schlüssel zum BM-Schrank bei einer diplomierten Pflegekraft? Falls NEIN, weiter mit 4.3, falls JA weiter mit 4.4         | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.3 | Wird der Schlüssel zum BM-Schrank unter Verschluss aufbewahrt?   | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.4 | Wird pro Präparat ein Betäubungsmittel-Kontrollblatt geführt?  | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.5 | Ist die BM-Buchführung auf den Kontrollblättern ordentlich und nachvollziehbar?  | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.6 | Wird monatlich der Bestand geprüft?  | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.7 | Stimmen die Stichproben der BM-Lieferungen an Station des mitgeführten SAP-Auszugs mit den Eingängen auf dem gelben Kontrollblatt überein? | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 4.8 | Stimmt der Soll- und Ist-Bestand der Stichprobe überein?   | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |

**5. Weitere Dokumentationen:**

|     |  |                             |  |                               |
|-----|--|-----------------------------|--|-------------------------------|
| 5.1 | Werden Schulungen zum Umgang mit Arzneimitteln durch die betroffenen Mitarbeiter absolviert und wird dies durch die Stationsleitung überprüft (z.B. bei easylearn über Dashboard)? | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |
| 5.2 | Ist die monatliche Verfallkontrolle ordnungsgemäss durchgeführt und dokumentiert?  | <input type="checkbox"/> ja |  | <input type="checkbox"/> nein |

**6. Informationsblätter der Spital-Pharmazie:**

|     |  |                             |                                 |                               |
|-----|--|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 6.1 | Liegen die von der Spital-Pharmazie zur Verfügung gestellten Informationen in den aktuellen Versionen vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> teilw. | <input type="checkbox"/> nein |
|-----|--|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|

**7. Bemerkungen durch Spital-Pharmazie (falls Platz nicht ausreichend Anhang verwenden)**

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

