

UNIVERSITA' DI MODENA E REGGIO EMILIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA VITA

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

TIROCINIO PROFESSIONALE IN FARMACIA OSPEDALIERA

LIBRETTO DIARIO

STUDENTE _____

NATO IL _____ a _____

MATRICOLA _____

FARMACIA OSPITANTE: _____

TITOLARE O DIRETTORE _____

INDIRIZZO _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____

NOME E COGNOME TUTOR _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL LIBRETTO DIARIO

- Il libretto diario 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 17 pagine.
- Il Tirocinante stampa fronte-retro una copia cartacea del libretto diario, la rilega esclusivamente con punti metallici e compila assieme al Tutore Professionale la prima pagina del libretto.
- Il libretto diario è composto di 18 pagine e contiene 12 pagine consecutive di registro mensile delle presenze, una per ogni mese solare in cui si svolgono i giorni di tirocinio, in quanto il tirocinio deve essere svolto per una durata complessiva di almeno sei mesi e completato nell'arco di non più di dodici mesi.
- Nelle pagine del registro mensile vanno annotati: giorno, mese, anno, con indicazione degli orari di entrata e uscita, numero corrispondente all'attività svolta e la firma del Tutore professionale. La pagina è contro-firmata dallo studente. Tutte le pagine mensili devono essere presenti, anche quelle non utilizzate.
- Al termine del tirocinio il tutore professionale deve compilare la pagina riassuntiva con i dati riguardanti il periodo complessivo di tirocinio (data di inizio, data di conclusione, numero totale di ore svolte). La pagina riassuntiva deve essere firmata dal tutore professionale e dal Titolare/Direttore che apporrà anche la data e il timbro della struttura ospitante.
- Il libretto diario contiene una pagina bianca riservata ad eventuali annotazioni.
- Il Tirocinante trasmette all'Ordine competente per territorio il libretto diario. L'Ordine considerato il contenuto del libretto e previo colloquio con lo studente, certifica la validità del tirocinio. Il tirocinante dopo avere sostenuto il colloquio all'Ordine consegna il libretto diario all'Ufficio tirocini del Dipartimento che lo inoltra alla Commissione nella prima data utile per la riunione prevista per ottenere il giudizio di idoneità.
- Per quanto non espressamente indicato nel presente libretto, si rimanda al Regolamento del Tirocinio professionale disponibile online nel sito web del Corso di studio.

ELENCO DEI CONTENUTI/ARGOMENTI SUGGERITI PER IL TIROCINIO IN FARMACIA OSPEDALIERA

(Revisionati il 27 settembre 2019)

- 1) GESTIONE E ANALISI DEGLI STRUMENTI DI APROPRIATEZZA PRESCRITTIVA: I PIANI TERAPEUTICI E I REGISTRI AIFA.
- 2) VALUTAZIONE DEI FARMACI A ESCLUSIVA EROGAZIONE DIRETTA E DPC
- 3) DISTRIBUZIONE DIRETTA DEI FARMACI A PAZIENTI AMBULATORIALI, POST DIMISSIONE E CRONICI
- 4) ANALISI DI DOCUMENTI REGIONALI PER L'INSERIMENTO IN PRONTUARIO DI FARMACI INNOVATIVI.
- 5) PRONTUARIO OSPEDALIERO E PHT.
- 6) FARMACOVIGILANZA – SEGNALAZIONE DI ADR E RETE NAZIONALE DI FARMACOVIGILANZA
- 7) PREPARAZIONI GALENICHE STERILI E NON STERILI SECONDO NORME DI BUONA PREPARAZIONE
- 8) GESTIONE DEI FARMACI STUPEFACENTI PRESSO LE FARMACIE OSPEDALIERE E NEI REPARTI
- 9) ISPEZIONI NEI REPARTI OSPEDALIERI E NELLE FARMACIE CONVENZIONATE CON IL SSN
- 10) ANALISI DI BANCHE DATI PER LA RICERCA DI INFORMAZIONI INERENTI FARMACI
- 11) ALLESTIMENTO DI FARMACI ONCOLOGICI E VALIDAZIONE DELLE TERAPIE CON FARMACI ANTIBLASTICI
- 12) VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE DI NUOVI DISPOSITIVI MEDICI
- 13) DISPOSITIVO VIGILANZA
- 14) NOZIONI DI BASE INERENTI STUDI CLINICI E GESTIONE DI CAMPIONI SPERIMENTALI
- 15) RAPPORTO E INTERAZIONE CON GLI SPECIALISTI E CON I MMG.

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

REGISTRO MENSILE DELLE PRESENZE

MESE	ANNO

Data	Orario 1° entrata	Orario 1° uscita	Orario 2° entrata	Orario 2° uscita	Totale ore	Argomenti svolti*	Firma farmacista tutor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

* Inserire il numero dell'argomento

Totale ore

Firma dello studente tirocinante

DATI RIGUARDANTI IL TIROCINIO

DATA DI INIZIO: _____

DATA DI FINE: _____

NUMERO TOTALE DI ORE DI TIROCINIO SVOLTE: _____

Firma del Tutore Professionale: _____ Firma del Titolare/Direttore: _____ Data: _____	Timbro della Farmacia
--	-------------------------------------

ANNOTAZIONI