

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 TERRITORIALE

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 TERRITORIALE

(Revisionati il 27 settembre 2019)

1. POSIZIONAMENTO FARMACI
2. STABILITÀ E CORRETTA CONSERVAZIONE DEI MEDICINALI
3. USO DEI SISTEMI ELETTRONICI DI INFORMATIZZAZIONE DELLA FARMACIA. BANCHE DATI
4. IL SISTEMA DI CONTROLLO HACCP (D.L.vo n. 155/97)
5. CONTROLLO E VERIFICA MEDICINALI OBBLIGATORI
6. BOMBOLE DI OSSIGENO: CERTIFICATI, COLLAUDI, DISPENSAZIONE
7. CONTROLLO DELLE SCADENZE, REVOCHE E RITIRI
8. ACQUISTO, DETENZIONE E DISPENSAZIONE DEI MEDICINALI, CON PARTICOLARE RIGUARDO AGLI STUPEFACENTI
9. TESTI E REGISTRI OBBLIGATORI IN FARMACIA
10. ALIENAZIONE DEI MEDICINALI SCADUTI O DIVENUTI INVENDIBILI (ASSINDE, SEPARAZIONE E DISTRUZIONE)
11. NORME DI SPEDIZIONE PER I DIFFERENTI TIPI DI RICETTA: A PAGAMENTO, SSN (RICETTA ROSSA E DEMATERIALIZZAZTA)
12. ASSISTENZA INTEGRATIVA: PRODOTTI DIETETICI PER NEFROPATICI, PRODOTTI PER CELIACI, PRESIDI PER DIABETICI E NORME DI DISPENSAZIONE
13. DPC E OBBLIGHI DI CONVENZIONE
14. MEDICINALI EQUIVALENTI
15. IL CONSIGLIO DEL FARMACISTA NELLE PICCOLE PATOLOGIE: OTC, SOP E MEDICINE ALTERNATIVE
16. MEDICINALI VETERINARI. NORMATIVA
17. MEDICINALI OMEOPATICI
18. FITOTERAPIA
19. COSMETICI
20. NUTRACEUTICI E INTEGRATORI
21. PREPARAZIONI MAGISTRALI E OFFICINALI: NORME DI BUONE PREPARAZIONE; REGISTRO MATERIE PRIME E DELLE PREPARAZIONI. TARIFFAZIONE
22. SMALTIMENTO DELLE MATERIE PRIME SCADUTE E DEI RIFIUTI DI LABORATORIO
23. PRATICA DI PREPARAZIONE GALENICA
24. MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
25. TEST AUTODIAGNOSTICI
26. PRENOTAZIONI CUP-SERVIZI SAUB
27. SERVIZI DI TELEMEDICINA/PIATTOFORMA SERVIZI
28. INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA DELLA POPOLAZIONE, FINALIZZATE AL CORRETTO USO DEI MEDICINALI ED ALLA PREVENZIONE
29. INFORMAZIONE: COME ACQUISIRE NOTIZIE SU FARMACI E PATOLOGIE, SITI DI RIFERIMENTO
30. INTERAZIONI TRA FARMACI, TRA FARMACI ED ALIMENTI, ADR, FARMACOVIGILANZA
31. ESPERIENZA GUIDATA AL BANCO SOTTO LA SORVEGLIANZA DEL RESPONSABILE
32. RAPPORTI CON I COLLEGHI E CON I MEDICI
33. ESPERIENZA GUIDATA NEL CONSIGLIO
34. UTILIZZO DI DISPOSITIVI STRUMENTALI PER I SERVIZI DI SECONDO LIVELLO EROGABILI IN FARMACIA
35. ELEMENTI DELLA GESTIONE IMPRENDITORIALE DELLA FARMACIA E GLI ADEMPIMENTI INERENTI LA DISCIPLINA FISCALE
36. UTILIZZO DELLE FONTI DI INFORMAZIONE DISPONIBILI NELLA FARMACIA O ACCESSIBILI PRESSO STRUTTURE CENTRALIZZATE
37. ADEMPIMENTI CONNESSI ALLA "PHARMACEUTICAL CARE", PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE, MONITORAGGIO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA
38. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI PRIVACY
39. OGNI ARGOMENTOPROFESSIONALE DIVENUTO DI ATTUALITA'

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