

CIUDAD: _____ FECHA: _____ HORA _____ ACTA No. _____

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

Razón social: _____ NIT: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ e- mail: _____

Propietario y/o representante legal: _____ CC: _____

Director técnico: _____ CC: _____

Grado del DT: Químico Farmacéutico: _____ Tecnólogo en Regencia Farmacia _____ Otro: _____

Teléfono: _____ e – mail: _____

Persona que atiende la visita: _____ C.C _____ Cargo: _____

Fecha Última Visita de IVC: _____ Concepto _____

No	ASPECTOS A VERIFICAR	CALIFICACION	OBSERVACION
1.	DOCUMENTACIÓN		
1.1	Se evidencia Resolución de inscripción para comercializar medicamentos de control especial- Vigente		
1.2	La dirección técnica, dirección del establecimiento y los datos del autorizado en la resolución, coinciden con los registrados en la presenta acta		
1.3	Cuenta con procedimientos escritos de destrucción o desnaturalización de medicamentos de control especial		
1.4	Cuenta con procedimientos escritos ante la pérdida de un medicamento de control especial		
1.5	Dispone de una infraestructura física debidamente adecuada		
1.6	Las condiciones de temperatura y humedad garantizan las condiciones de almacenamiento recomendadas por el fabricante		
1.7	El director técnico funciona diariamente en un horario de permanencia de ocho (8) horas diarias		
1.8	El establecimiento lleva una base de datos en forma manual o sistematizada donde se registren el movimiento de los medicamentos autorizados		
1.9	Se evidencia el acta suscrita (Anexo # 2) por el representante legal y Director Técnico, para apertura del libro de registro de movimientos de inventario, especificando los medicamentos autorizados		
1.10	No se evidencia tachaduras o enmendaduras en el libro de movimiento de inventarios		
1.11	Se evidencia la presentación de informes antes el fondo Rotatorio de Estupefacientes los 10 primeros días calendario de cada mes, en el formato respectivo		
1.12	Los Proveedores mayoristas están autorizados por el fondo nacional de estupefacientes o fondo rotatorio de estupefacientes, se evidencia la resolución de inscripción vigente.		
1.13	Distribuye y/o dispensa los medicamentos autorizados		
1.14	El establecimiento autorizado como distribuidor, le despacha a los establecimientos dispensadores autorizados por el FRE		
1.15	Se evidencia la recepción técnica de los medicamentos de control especial		
1.17	Los saldos, ingresos, salidas, devoluciones, traslados se encuentran debidamente soportados		
2.	AUDITORIA FORMULACION DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL		
2.1	Los recetarios oficiales se encuentran debidamente diligenciados.		
2.2	Los recetarios oficiales corresponden a los distribuidos por el fondo rotatorio de estupefacientes. Tipo de letra, logotipo, tamaño ext. Se evidencia el holograma a la luz ultravioleta		
2.3	Hay una persona responsable de la guarda custodia de los recetarios oficiales		
2.4	La formulación se ajusta a las dosis mensuales establecidas por la norma.		
2.5	Dispone de los medicamentos mínimos para la prestación del servicio.		
2.6	Las órdenes médicas dispensadas dentro de los 15 días permitidos. Teniendo en cuenta la fecha de formulación.		
2.7	Corresponden las firmas de las órdenes médicas con las registradas en la base de datos de FRE.		
2.8	Se encuentran registros de los saldos, ingresos, salidas y nuevos saldos. Concuerdan con los saldos físicos saldos en el sistema.		
2.9	Se encuentran excedentes o faltantes sin la debida justificación		
2.10	La formulación de los medicamentos de control especial: diagnostico, peso corporal, edad. Dosis diaria, tiempo de tratamiento total, médico tratante se encuentra justificada según los protocolos internacionales.		

INVENTARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

MEDICAMENTOS FRANJA VIOLETA						
Nº	PRINCIPIO ACTIVO EN DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	EXISTENCIA FÍSICA	SALDO LIBRO	DIFERENCIA
1	ALFENTANILO CLORHIDRATO	2,5 mg / 5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
2	ALPRAZOLAM	0,25 mg	TABLETA			
3	ALPRAZOLAM	0,5 mg	TABLETA, TABLETA SUBLINGUAL			
4	ALPRAZOLAM	1 mg	TABLETA			
5	ALPRAZOLAM	2 mg	TABLETA			
6	ALPRAZOLAM	1 mg / mL	SOLUCIÓN ORAL (GOTAS)			
7	BROMAZEPAM	3 mg	TABLETA			
8	BROMAZEPAM	6 mg	TABLETA			
9	BROTIZOLAM	0,25 mg	TABLETA			
10	BUPRENORFINA	20 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
11	BUPRENORFINA	30 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
12	BUPRENORFINA	40 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
13	CLOBAZAM	10 mg	TABLETA			
14	CLOBAZAM	20 mg	TABLETA			
15	CLONAZEPAM	0,5 mg	TABLETA			
16	CLONAZEPAM	2 mg	TABLETA			
17	CLONAZEPAM	2,5 mg / mL	SOLUCIÓN ORAL (GOTAS)			
18	CLONAZEPAM	1 mg / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
19	CLOZAPINA	25 mg	TABLETA			
20	CLOZAPINA	100 mg	TABLETA			
21	DIAZEPAM	5 mg	TABLETA			
22	DIAZEPAM	10 mg	TABLETA			
23	DIAZEPAM (IH)	10 mg / 2 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
24	DINOPROSTONA (IH)	10 mg	ÓVULO			
25	EFEDRINA SULFATO (IH)	60 mg / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
26	FENTANILO	2,1 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
27	FENTANILO	4,2 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
28	FENTANILO	8,4 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
29	FENTANILO	12,6 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
30	FENTANILO	16,8 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO			
31	FENTANILO CITRATO (IH)	0,5 mg / 10 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
32	FENTANILO CITRATO (IH)	0,25 mg / 5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
33	FENTANILO CITRATO (IH)	0,1 mg / 2 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
34	KETAMINA CLORHIDRATO (IH)	500 mg / 10 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
35	LORAZEPAM	1 mg	TABLETA			
36	LORAZEPAM	2 mg	TABLETA			
37	METILGOMETRINA MALEATO (IH)	0,2 mg / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
38	METILGOMETRINA MALEATO (IH)	0,125 mg	GRAGEA			
39	MIDAZOLAM, MIDAZOLAM CLORHIDRATO (IH)	5 mg / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
40	MIDAZOLAM, MIDAZOLAM CLORHIDRATO (IH)	5 mg / 5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
41	MIDAZOLAM, MIDAZOLAM CLORHIDRATO (IH)	15 mg / 3 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
42	MIDAZOLAM, MIDAZOLAM CLORHIDRATO (IH)	50 mg / 10 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
43	MIDAZOLAM MALEATO	7,5 mg	TABLETA			
44	OXICODONA CLORHIDRATO	10 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
45	OXICODONA CLORHIDRATO	20 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
46	OXICODONA CLORHIDRATO	40 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
47	OXITOCINA (IH)	5 UI / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
48	OXITOCINA (IH)	10 UI / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
49	REMIFENTANILO CLORHIDRATO (IH)	2 mg	POLVO PARA RECONSTITUIR			
50	REMIFENTANILO CLORHIDRATO (IH)	5 mg	POLVO PARA RECONSTITUIR			
51	TIOPENTAL SÓDICO (IH)	1 g	POLVO PARA RECONSTITUIR			
52	TRIAZOLAM	0,25 mg	TABLETA			
53	ZOLPIDEM TARTRATO O HEMITARTRATO	6,25 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
54	ZOLPIDEM TARTRATO O HEMITARTRATO	10 mg	TABLETA			
55	ZOLPIDEM TARTRATO O HEMITARTRATO	12,5 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			

MEDICAMENTOS MONOPOLIO DEL ESTADO

Nº	PRINCIPIO ACTIVO EN DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	EXISTENCIA FÍSICA	SALDO LIBRO	DIFERENCIA
1	FENOBARBITAL	10 mg	TABLETA			
2	FENOBARBITAL	50 mg	TABLETA			
3	FENOBARBITAL	100 mg	TABLETA			
4	FENOBARBITAL	0,4 g / 100 mL	ELÍXIR			
5	FENOBARBITAL SÓDICO (IH)	40 mg / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
6	FENOBARBITAL SÓDICO (IH)	200 mg / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
7	HIDRATO DE CLORAL (IH)	10 g / 100 mL	SOLUCIÓN ORAL			
8	HIDRATO DE CLORAL (IH)	143,3 mg / 5 mL	ELÍXIR			
9	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	2,5 mg	TABLETA			
10	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	5,0 mg	TABLETA			
11	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	2,0 mg / mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
12	MEPERIDINA CLORHIDRATO	100 mg / 2 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
13	METADONA CLORHIDRATO	10 mg	TABLETA			
14	METADONA CLORHIDRATO	40 mg	TABLETA			
15	METILFENIDATO CLORHIDRATO	10 mg	TABLETA			
16	METILFENIDATO CLORHIDRATO	20 mg	CÁPSULA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
17	METILFENIDATO CLORHIDRATO	30 mg	CÁPSULA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
18	METILFENIDATO CLORHIDRATO	18 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
19	METILFENIDATO CLORHIDRATO	36 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA			
20	MORFINA CLORHIDRATO	10 mg / 1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE			
21	MORFINA CLORHIDRATO	30 mg / mL	SOLUCIÓN INYECTABLE (VIAL)			
22	MORFINA CLORHIDRATO	30 mg / mL	SOLUCIÓN ORAL (GOTAS)			
23	PRIMIDONA	250 mg	TABLETAS			

MEDICAMENTOS USO VETERINARIO

Nº	PRINCIPIO ACTIVO EN DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	EXISTENCIA FÍSICA	SALDO LIBRO	DIFERENCIA
1	BUTORFANOL TARTRATO	10 mg / mL	SOLUCION INYECTABLE			
2	CLOPROSTENOL SODICO (PROSTAGLANDINA F2)	263 mcg / mL	SOLUCION INYECTABLE			
3	D-CLOPROSTENOL (PROSTAGLANDINA F2)	0.075 mg / mL	SOLUCION INYECTABLE			
4	DINOPROST TROMETAMINA (PROSTAGLANDINA F2)	5 mg / mL	SOLUCION INYECTABLE			
5	KETAMINA CLORHIDRATO	50 mg / mL	SOLUCION INYECTABLE			
6	KETAMINA CLORHIDRATO	100 mg / mL	SOLUCION INYECTABLE			
7	KETAMINA CLORHIDRATO + MIDAZOLAM CLORHIDRATO	(50+2) mg / mL	SOLUCION INYECTABLE			
8	OXITOCINA	10 UI / mL	SOLUCION INYECTABLE			
9	OXITOCINA	20 UI / mL	SOLUCION INYECTABLE			

Se toma medida sanitaria de seguridad SI___ NO___ acta No. _____

CONCEPTO TECNICO	FAVORABLE		DESFAVORABLE		PENDIENTE	
------------------	-----------	--	--------------	--	-----------	--

Observaciones: _____

La presente acta se lee y se firma por las personas que en ella participaron, dejando copia a los interesados.

FECHA Y HORA DE TERMINACION DE LA VISITA	
--	--

FIRMA		FIRMA	
NOMBRE		NOMBRE	
CARGO		CARGO	
Instituto Departamental de Salud		Establecimiento Farmacéutico	