ROUND ROBIN NOVEMBRE 2010

SIFAP, dal 2008, ha promosso periodicamente controlli di qualità per sollecitare i farmacisti a verificare il proprio modus operandi *ed eventualmente apportarvi utili modifiche.*
Il conseguimento di un risultato positivo, oltre a significare cha la preparazione è accettabile, può contribuire a valutare il processo, nel senso che, ripetendo le stesse operazioni tecniche più volte, si può ragionevolmente presumere di ottenere risultati conformi anche per preparazioni successive e diverse.
Con l'intento di mettersi nelle condizioni più critiche per verificare la propria tecnica di miscelazione abbiamo pensato, in questa occasione, di proporre l'allestimento di un principio attivo basso dosato volutamente inserito in una capsula eccessivamente grande come previsto in alcune terapie (ad esempio codeina 30 mg e paracetamolo 325 mg).

Richiedi il modulo di partecipazione
Prepara 100/120 capsule (formato 0 / 00) di
IDROCLOROTIAZIDE 5 mg
Preleva 20 unità scelte a caso
Invia il campione **dall'1 al 30 novembre**
al LRCQ di Ancona

Il laboratorio verificherà l'uniformità di massa sulle 20 unità e il titolo in Idroclorotiazide su 3 delle 20 cps.
Ogni partecipante otterrà i risultati delle analisi relative al proprio campione confrontato con la media dei risultati di tutti gli altri partecipanti.
I dati ottenuti saranno elaborati statisticamente in forma anonima.

QUOTE DI PARTECIPAZIONE

I SOCI SIFAP, PARTECIPANO AL ROUND ROBIN AL COSTO DI € 50,00 IVA ESENTE.

I FARMACISTI, NON ISCRITTI ALLA SIFAP, PARTECIPANO AL ROUND ROBIN AL COSTO DI € 65,00 IVA INCLUSA.

Si tratta di quote agevolate che SIFAP è riuscita a concordare con il Laboratorio Regionale Controllo di Qualità - LRCQ, Farmacia Galenica G. Salesi, Via Corridoni 11, 60123 Ancona.

MODULO DI ADESIONE (Mod. M01CQE)

PROGETTO CONTROLLO DI QUALITÀ PRESSO UN LABORATORIO ESTERNO

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa_____

della Farmacia _____ sita in _____

via _____ CAP _____

tel _____ e-mail _____@_____

DATI OBBLIGATORI PER LA FATTURAZIONE sono esentati i soci SIFAP

RAGIONE SOCIALE _____

PARTITA IVA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ CODICE FISCALE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

VIA _____ CAP _ _ _ _ _ CITTÀ _____ Prov. _____

ADERISCE

al PROGETTO CONTROLLO DI QUALITÀ per preparati allestiti nella propria farmacia, organizzato da SIFAP in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, per l'anno 2010. A tal fine:

- **ALLESTISCE** 100/120 capsule (esclusivamente formato 0/00) di **IDROCLOROTIAZIDE 5 mg**
- **PRELEVA** 20 unità scelte a caso
- **CHIEDE** che vengano eseguiti:
  - **il saggio di uniformità di massa sul campione (20 cps)**
  - **il titolo del principio attivo su 3 delle 20 unità**
- **ALLEGA** ricevuta di versamento di:
  50,00 euro **IVA ESENTE in qualità di SOCIO SIFAP**
  65,00 euro **IVA INCLUSA in qualità di NON SOCIO**

  Bonifico bancario a SIFAP Intesa San Paolo Ag.4 Milano IBAN **IT93 X030 6901 6041 0000 0014 460**
- **INOLTRA**: TRA L'1/11/10 E IL 30/11/10
  - **il presente modulo**
  - **il campione** adeguatamente protetto da urti e inviato come pacco postale celere (Poste Italiane o Corriere espresso)
  - **il foglio di lavorazione**
  - **la copia del certificato di analisi dell'idroclorotiazide**

AL LABORATORIO REGIONALE CONTROLLO QUALITÀ (LRCQ) FARMACIA GALENICA SALESI, V. CORRIDONI 11, 60123 ANCONA

- **INVIA COPIA** del presente modulo, del foglio di lavorazione e del certificato di analisi a SIFAP al numero di fax **02 76115200**
- **CONSERVA** le rimanenti capsule e un campione del principio attivo per eventuali verifiche
- ***AUTORIZZA**, in base alla Legge 196/03, il trattamento dei dati personali forniti per il necessario riconoscimento della Farmacia e per l'inoltro dei risultati di propria pertinenza*
- ***ACCETTA**, inoltre, che i risultati in forma anonima siano elaborati statisticamente*

lì, _____ _____

Firma *(leggibile)*

SOCIETÀ ITALIANA FARMACISTI PREPARATORI
20129 Milano - viale Piceno 18
http://www.sifap.org
tel 02.744013 fax 02.76115200 sifap@tin.it
codice fiscale 97131680155 partita IVA 11538890150

FOGLIO DI LAVORAZIONE (Mod. M02CQE) PROGETTO CONTROLLO DI QUALITÀ

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa_____
della Farmacia _____ sita in _____

avendo aderito al PROGETTO **INVIA IL SEGUENTE CAMPIONE: IDROCLOROTIAZIDE 5 mg cps**

Biffare dopo aver effettuato l'operazione

Verifica pulizia locali ☐

Verifica pulizia attrezzatura, utensili ☐

Verifica bilancia ☐

Indicare formato capsula (esclusivamente 0/00) _____
n. capsule allestite _____

Indicare metodo di miscelazione o se impiegato un miscelatore: ……
……..

Componenti	**Quantità totale pesata (peso o volume)**	**Nome del fornitore e n. lotto della sostanza**
1. IDROCLOROTIAZIDE		
2. eccipiente		
3. eccipiente		
4. eccipiente		
5. eccipiente		

Riportare copia etichetta
Sigla del preparatore **……**

Elencare controlli effettuati: ……

Accettazione della preparazione SI ☐ NO ☐

Data …….... Firma Farmacista Responsabile Laboratorio ……

La preparazione deve essere inviata al LRCQ nel periodo compreso tra il 1/11/2010 e il 30/11/2010 e deve essere allestita non oltre i 10 giorni precedenti l'invio

Il sottoscritto conserva un campione di p.a. e le capsule rimanenti per eventuali verifiche.
Allega al campione, il presente modulo e i seguenti documenti: 1) modulo di adesione 2) copia del certificato di analisi del produttore/fornitore relativo all'idroclorotiazide.

lì, _____ _____

Firma *(leggibile)*

Inviare a **LABORATORIO REGIONALE CONTROLLO DI QUALITÀ (LRCQ)**
FARMACIA GALENICA G.SALESI, VIA CORRIDONI 11, 60123 ANCONA

Il campione deve essere adeguatamente protetto da urti durante il trasporto e inviato come pacco postale celere (Poste Italiane o Corriere espresso).