

FORMATO DE AUTO EVALUACIÓN DEL SUGEMI EN CPN

SRS _____ Área: _____ CPN: _____

N°	DESCRIPCIÓN	CORRECTO	RESULTADO
CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO ACEPTABLES			
1	¿Los medicamentos se encuentran ordenados de acuerdo a algún criterio o método?	SI	
2	¿Aplica el principio PEPE (Primero en expirar, primero en entregar)?	SI	
3	¿La infraestructura y tamaño del ambiente del stock de medicamentos es apropiado para el almacenamiento de los medicamentos?	SI	
4	¿Los productos están protegidos de la luz solar?	SI	
5	¿Existe una adecuada ventilación en el lugar donde están almacenados los medicamentos?	SI	
6	¿No tiene de plagas dentro del ambiente del stock de medicamentos que puedan deteriorar los productos?	SI	
7	¿Tiene termómetro ambiental, anaqueles o estantes, mesa, silla, calculadora y otros materiales de escritorio?	SI	
8	¿Están separados los productos expirados y en mal estado?	SI	
9	¿Tiene listado de productos con riesgo de vencimiento en los próx. 6 meses?	SI	
10	¿Tiene listado de productos en sobrestock o sin rotación?	SI	
GESTIÓN DE INVENTARIOS			
11	¿Las Tarjetas de Control Existencias (TCE) se encuentran actualizadas a la fecha?	SI	
12	¿Coincide el stock físico con el registro de la TCE?	SI	
13	¿Utiliza formulario del SUGEMI 1 para realizar su pedido de medicamentos?	SI	
CUMPLIMIENTO DE PEDIDOS			
14	¿El almacén regional atendió todos los medicamentos solicitados en el formulario SUGEMI 1?	SI	
15	¿Realiza su pedido de acuerdo al cronograma?	SI	
ABASTECIMIENTO PERMANENTE DE TRAZADORES			
16	¿Todos los medicamentos trazadores de primer nivel están disponibles? (ver anexo)	SI	
17	¿Todos los medicamentos de Programas están disponibles? (ver anexo)	SI	
DISPENSACIÓN			
18	¿Dispensa los productos mediante receta a todos los pacientes?	SI	
DOCUMENTOS			
19	¿Tiene archivos ordenados de CONDUCE?	SI	
20	¿Tiene archivos ordenados de SUGEMI 1?	SI	
21	¿Cuenta con un ejemplar de la guía farmacoterapéutica?	SI	
22	¿Tiene manual de procedimientos de SUGEMI?	SI	

INSTRUCCIONES

1. Este formulario es obligatorio para todos los centros de primer nivel de atención (CPN)
2. Debe ser elaborado por el responsable del stock de medicamentos
3. Se elabora al finalizar cada trimestre (Marzo, Junio, Setiembre y Diciembre)
4. Se elabora por duplicado, el original se entrega al *jefe/gerente* del CPN para lectura y archivo. La copia es enviada a la URGM

Medicamentos trazadores de CPN: Coloque SI o NO si el medicamento esta disponible

N°	NOMBRE	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN	DISPONIBLE SI / NO
1	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL)	120 mg/5ml	JARABE	FRASCO x 120 ml	
2	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL)	500 mg	TABLETA	BLISTER	
3	EPINEFRINA (ADRENALINA)	1 mg/ml	INYECTABLE	AMPOLLA x 1 ml	
4	AMLODIPINA	10 mg	TABLETA	BLISTER	
5	AMOXICILINA	250 mg/5ml	POLVO PARA SUSPENSIÓN	FRASCO x 120 ml	
6	AMOXICILINA	500 mg	CAPSULA	BLISTER	
7	ATENOLOL	100 mg	TABLETA	BLISTER	
8	ATROPINA	1 mg/ml	INYECTABLE	AMPOLLA	
9	CAPTAPRIL	25 mg	TABLETA	SUB-LINGUAL	
10	DICLOFENACO SODICO	50 mg	TABLETA	BLISTER	
11	ENALAPRIL	10 mg	TABLETA	BLISTER	
12	FUROSEMIDA	10 mg/ml	INYECTABLE	AMPOLLA x 2 ml	
13	HIDROCLOROTIAZIDA	50 mg	TABLETA	BLISTER	
14	HIDROCORTIZONA	100mg/ml	INYECTABLE	VIAL	
15	IBUPROFENO	600 mg	TABLETA	BLISTER	
16	INSULINA MIXTA 70 / 30 HUMANA	100 UI/ml	INYECTABLE	VIAL x 10 ml	
17	METFORMINA	850 mg	TABLETA	BLISTER	
18	METRONIDAZOL	250 mg/5ml	SUSPENSIÓN ORAL	FRASCO x 120 ml	
19	OMEPRAZOL	20mg	CAPSULA	BLISTER	
20	RANITIDINA	25mg/ml	INYECTABLE	AMPOLLA	
21	SALBUTAMOL	5mg/ml	SOLUCIÓN PARA NEBULIZAR	FRASCO x 10 ml	
22	SULFATO FERROSO+ACIDO FOLICO	300 mg + 5 mg	TABLETA	BLISTER	
23	SULFAMETOXAZOL +TRIMETOPRIM (CO-TRIMOXAZOL) FORTE	800mg + 160 mg	TABLETA	BLISTER	
24	TRIMETOPRIM SULFA	40 mg + 200 mg/5 ml	SUSPENSIÓN ORAL	FRASCO 120 ml	

Medicamentos trazadores de TB: coloque SI o NO si el medicamento esta disponible

N°	MEDICAMENTO	DISPONIBLE SI / NO
COMBINADOS A DOSIS FIJAS		
1	RHZE/150/75/400/275	
2	RH/150/75	
3	RH/150/150	
MONOFÁRMACOS		
1	Isoniacida de 300 mg	
2	Isoniacida de 100 mg	
3	Rifampicina de 300mg	
4	Pirazinamida de 400mg	
5	Etambutol de 400mg	