

DRAFT Medication Safety Quality Tool - 1st Edition

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	PATIENT NAME/ID or DATE OF SERVICE	Did patient bring any prescription or non-prescription medications to visit? (Yes/No)	Did patient obtain prescriptions written at last visit? (Yes/No)	Did patient receive reminder phone call/message to bring all medications to visit? (Yes/No)	Was patient sent mail reminding them to bring medication to visit? (Yes/No)	Did doctor receive call back from pharmacy regarding any prescription given at visit? (Yes/No)	If drug samples dispensed at visit, was it recorded on chart and log? (Yes/No)	If drug samples dispensed at visit, was patient provided written instructions? (Yes/No)
2	A	Y	N	N	Y	Y	Y	Y
3	B	Y	N	N	Y	Y	Y	Y
4	C	Y	N	N	N	N	Y	N
5	D	N	Y	N	N	N	Y	N
6	E	Y	Y	Y	N	N	Y	N
7	F	N	N	Y	Y	Y	Y	N
8	G	N	Y	N	Y	Y	N	Y
9	H	Y	Y	N	Y	N	N	Y
10	I	Y	Y	Y	N	Y	N	N
11	J	N	N	Y	Y	N	Y	Y
12	K	Y	N	N	N	Y	N	N
13	L	N	N	Y	Y	N	Y	N
14	M	Y	Y	N	N	N	N	Y
15	N	Y	Y	Y	N	N	Y	Y
16	O	N	N	N	N	Y	N	Y
17	P	Y	Y	N	Y	Y	N	N
18	Q	Y	N	N	N	Y	N	N
19	R	N	Y	Y	Y	N	Y	Y
20	S	Y	N	Y	Y	Y	N	N
21	T	Y	N	Y	N	N	Y	Y
22	U	Y	N	N	Y	Y	N	N
23	V	N	Y	Y	N	N	Y	Y
24	W	N	Y	N	N	Y	N	Y
25	X	Y	N	Y	Y	Y	N	N
26	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	N
27	Total Yes	15	11	12	13	14	13	12
28	Total No	10	14	13	12	11	12	13
29	Percentage Yes	60%	44%	48%	52%	56%	52%	48%
30	Percentage No	40%	56%	52%	48%	44%	48%	52%