

Ficha de verificação do exercício profissional Farmácia Privativa

01 – Identificação do estabelecimento:

Termo nº: _____

Data: _____

Razão Social: _____

CRF-SP nº: _____

Farmacêutico fiscal: _____

02 - Situação Verificada na Inspeção Fiscal

O estabelecimento possui cadastro simplificado no CRF-SP?

O estabelecimento possui farmacêutico responsável técnico perante o CRF-SP?

03 - Tipo de Estabelecimento

Ambulatório de especialidades

Unidade Básica de Saúde

Clínica de repouso

Clínica médica

Outro: _____

04 - Especialidades médicas atendidas no local

Descrever: _____

05 - Média de atendimento diário de pacientes?

Descrever: _____

a) Há leitos no estabelecimento?

b) Em caso positivo, qual o número de leitos?

() até 25

() 26 a 50

() 51 a 100

() acima de 101

() não há leitos no local

Descrever a quantidade: _____

06 - A farmácia está localizada em espaço físico adequado?

07 - As condições de limpeza da farmácia são adequadas?

08 - Os medicamentos são armazenados adequadamente?

09 - Caso dispense medicamentos termolábeis

a) Estão armazenados sob refrigeração?

b) Existem registros formais de controle de temperatura?

10 - Dispensa medicamentos sob regime especial de controle?

11 - Caso dispense, possui os livros de registro e controle de estoque abertos e visados pela Vigilância Sanitária (ou informatizado)?

12 - Os medicamentos controlados estão armazenados em conformidade com a Portaria nº 344/98 SVS/MS?

13 - Responsável pela guarda dos medicamentos da Portaria nº 344/98 - SVS/MS?

Descrever nome e função:

14 - Há dispensação de medicamentos genéricos (Lei nº 9787/99)?

15 - A dispensação de medicamentos é feita também mediante receituário médico de outras unidades (para ambulatórios e unidades de saúde)?

16 - Relação e quantidade dos farmacêuticos que trabalham no local

Descrever: nome, CRF, função

17 - Caso não possua farmacêutico, quem é o responsável pela dispensação dos medicamentos?

Descrever: nome, função e escolaridade

18 - Possui laboratório de manipulação?

19 - Em caso positivo, indicar as manipulações realizadas, o responsável pelas manipulações, os funcionários que trabalham na manipulação, etc:

20 - O laboratório possui condições adequadas e equipamentos necessários para o funcionamento?

21 - Executa algum tipo de controle de qualidade da matéria prima e/ou fórmulas preparadas?

22 - Existe programa de Assistência Farmacêutica?

23 - Existe padronização de medicamentos?

24 – Dispensa medicamentos antimicrobianos?

25 - Observações:

Recebido por (nome, função e assinatura): _____

Fiscal (carimbo e assinatura): _____

MODELO