



FICHA DE VERIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM FARMÁCIAS

Lei 3.820/60 – Artigo 10 – Item-C - Resolução 357/2001 do CFF

Ficha n.º: _____ / 20__

N.º de Processos: _____

T. I. n.º: _____ / 20__

Profissional: _____

Estabelecimento: _____

Nome Fantasia : _____

Razão Social: _____

Endereço: _____

Município : _____

Profissional habilitado: _____

Às ____: ____ hs do dia () _____ de _____ de _____

DAS CONDIÇÕES GERAIS E LEGAIS

01. Natureza do estabelecimento:

() farmácia () drogaria () ervanária () c/ *drugstore*

02. Profissional habilitado presente ?

() sim () não

em caso afirmativo: () RT () assistente () substituto

03. Está utilizando crachá de identificação com a palavra “ Farmacêutico ou Oficial de Farmácia” em destaque ?

() sim () não

Em caso afirmativo, qual ?

() CRF-PR () Empresa () Outra Identificação _____

04. Faz intermediação de receitas magistrais e/ou oficinais ?

() sim () não

Em caso afirmativo, descrever :

a) procedimento em relação ao receituário:

b) forma de recebimento do medicamento pelo paciente:



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF – PR

RUA ITUPAVA, 1235 - ALTO DA XV - CEP: 80040-000 - FONE: (041) 363-0234 – 3901-2345- CURITIBA – PR

e-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Site: www.crf-pr.org.br ou www.crfpr.org.br

05. Tem literatura específica da área farmacêutica ?

() sim () não

Em caso afirmativo, quais?

06. Exibe em lugar visível telefones para contato com:

CRF-PR () sim () não

Vigilância Sanitária () sim () não

Hospitais () sim () não

DOS PROCEDIMENTOS PARA DISPENSACÃO DE MEDICAMENTOS

07. Comercializa medicamentos pelo sistema de auto atendimento?

() sim () não

Caso afirmativo, quais produtos:

08. O responsável técnico participa do processo de seleção dos medicamentos adquiridos pela farmácia?

() sim () não

Em caso afirmativo, quais os critérios utilizados:

() preço () demanda () qualidade () fabricante () dados farmacológicos () propaganda

() Outros _____

QUANTO A ENTREVISTA COM O PACIENTE (para a dispensação de medicamentos sem prescrição)

09. Possui sala exclusiva para entrevista com o paciente:

() sim () não

Em caso negativo, onde é realizada a entrevista? () Balcão () Sala de aplicação () outros _____

10. Quais características do medicamento são utilizadas para selecionar o mais adequado ao usuário no momento da dispensação:

() preço () bonificação () genérico () fabricante () apresentação () eficácia

() segurança () qualidade () outros _____

QUANDO DA APRESENTAÇÃO DO RECEITUÁRIO

11. Quais critérios são avaliados para fazer a avaliação farmacêutica do receituário?

() preenchimento correto (nome, data, identificação do médico, etc.) () posologia () forma farmacêutica

() dose () tempo de tratamento () Outros _____



QUANDO DA DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO

12. Realiza acompanhamento farmacoterapêutico do usuário?

sim não

Em caso afirmativo descreva como é realizado:

DAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

13. Comercializa alimentos não permitidos?

sim não

14. Existem produtos, alimentos permitidos e medicamentos comercializados em não conformidade com a legislação sobre registro junto ao Ministério da Saúde?

sim não não observado

em caso afirmativo quais:

15. Existem medicamentos e outros produtos armazenados diretamente no chão ?

sim não não observado

em caso afirmativo quais:

16. Existem medicamentos e outros produtos para saúde que não contenham em sua embalagem prazo de validade, data de fabricação e número de lote?

sim não não observado

17. Existem medicamentos com etiquetas cobrindo o prazo de validade ou número de lote ?

sim não não observado

18. Foram visualizados medicamentos com prazo de validade expirada ?

sim não

Em caso afirmativo, observar:

a) estão dentro de uma caixa lacrada?

sim não

c) possui relação de produtos ?

sim não

e) com inscrição "medicamento vencido"?

sim não

b) vistada pelo farmacêutico?

sim não

d) estão fora da área de venda ?

sim não



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF – PR

RUA ITUPAVA, 1235 - ALTO DA XV - CEP: 80040-000 - FONE: (041) 363-0234 – 3901-2345- CURITIBA – PR

e-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Site: www.crf-pr.org.br ou www.crfpr.org.br

19. Comercializa medicamentos termolábeis ?

() sim () não

em caso afirmativo observar:

a) Possui geladeira apropriada ?

() sim () não

c) possui termômetro de máxima e mínima?

() sim () não

e) caso possua ficha, os registros estão atualizados?

() sim () não

f) Observações: _____

20. Os produtos e medicamentos estão acondicionados de forma apropriada quanto à:

a) Umidade () sim () não

c) Poeira () sim () não

b) Luz solar () sim () não

d) Temperatura () sim () não

DA APLICAÇÃO DE INJETÁVEIS/INALAÇÃO E PEQUENOS CURATIVOS

21. Presta serviço de aplicação de injetáveis ?

() sim () não

Em caso afirmativo, observar:

a) Quem realiza esse procedimento ?

() farmacêutico () oficial de farmácia () outro: _____

b) Possui sala adequada para aplicação de injetáveis, devidamente aparelhada ?

() sim () não

em caso negativo descreva: _____

c) Quanto ao livro de registro de injetáveis:

• Possui livro de registro de injetáveis () sim () não

• Está vistado pela ViSa Local () sim () não

• Está com os registros atualizados () sim () não

• Encontra-se sem rasuras e adulterações () sim () não

d) A anti-sepsia é realizada com algodão embebido em álcool a 70%?

() sim () não

e) com prazo de validade adequada?

() sim () não



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF – PR

RUA ITUPAVA, 1235 - ALTO DA XV - CEP: 80040-000 - FONE: (041) 363-0234 – 3901-2345- CURITIBA – PR

e-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Site: www.crf-pr.org.br ou www.crfpr.org.br

f) Possui procedimentos de emergência em caso de problemas relacionados a aplicação de injetáveis?

sim não

g) existem produtos alheios na sala de aplicação de injetáveis?

sim não

em caso afirmativo quais: _____

22. O estabelecimento faz pequenos curativos ?

sim não

Em caso afirmativo, observar:

a) Possui autorização especial para realização de pequenos curativos ?

sim não

b) Realizado em sala exclusiva ?

sim não

c) Possui materiais estéreis e descartáveis para realização dos procedimentos ?

sim não

23. O estabelecimento faz inalação ?

sim não

Em caso afirmativo, observar:

a) Possui autorização especial para realização destes procedimentos ?

sim não

b) Realizado em sala exclusiva ?

sim não

c) Possui livro de registro de inalação, vistado pela VISA local e devidamente atualizado sem rasuras ?

sim não

d) Possui cartaz informativo "A INALAÇÃO SÓ PODE SER REALIZADO MEDIANTE RECEITA MÉDICA"?

sim não

24. Realiza dosagens bioquímicas?

sim não

Em caso afirmativo

a) É realizado como auxiliar do processo de atenção farmacêutica ?

sim não

b) Quais dosagens são realizadas?



DA VERIFICAÇÃO DE TEMPERATURA E PRESSÃO ARTERIAL

25. Realiza a verificação de temperatura ?

() sim () não

Em caso afirmativo, quem realiza o procedimento:

() farmacêutico () oficial de farmácia () outro: _____

26. Realiza verificação de pressão arterial ?

() sim () não

Em caso afirmativo, observar:

a) Quem realiza o procedimento:

() farmacêutico () oficial de farmácia () outro: _____

b) Tipo de aparelho para a verificação da pressão arterial:

() Coluna de Mercúrio () Digital () Mecânico

c) Possui laudo de aferição desse aparelho:

() sim () não

d) Qual a instituição e a data da última aferição ?

_____ data: ____/____/____

e) Possui algum cartaz informando ao paciente que não se trata de uma consulta ?

() sim () não

DA COLOCAÇÃO DE BRINCOS

27. Realiza colocação de brincos ?

() sim () não

Em caso afirmativo, observar se utiliza aparelho apropriado que garanta a segurança na colocação:

() sim () não

QUANTO AOS MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344/98

28. Possui medicamentos da portaria 344/98 ?

() sim () não

Em caso afirmativo, observar:

a) Estão devidamente acondicionados em armário resistente e com chave ou sala específica e com chave ?

() sim () não

b) A chave do armário se encontra com o profissional habilitado ?

() sim () não

Caso negativo aonde se encontra:



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF – PR

RUA ITUPAVA, 1235 - ALTO DA XV - CEP: 80040-000 - FONE: (041) 363-0234 – 3901-2345- CURITIBA – PR

e-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Site: www.crf-pr.org.br ou www.crfpr.org.br

c) Possui o certificado de regularidade dos medicamentos da Portaria 344/98 devidamente atualizado ?

() sim () não. Data da última atualização: _____

d) Os medicamentos sujeitos a controle especial são dispensados por meio de telefone, fax, internet, ou outro meio eletrônico de comunicação ?

() sim () não

Em caso afirmativo, descreva o procedimento, e quem o faz:

29. Em relação aos receituários da Portaria 344/98, foram avaliadas: _____ receitas e _____ notificações de receitas apresentadas, referentes ao período de _____ sendo encontrado(s) a(s) seguinte(s) irregularidade(s) e a sua incidência:

- a) () impressas em desacordo com a Portaria 344/98: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- b) () Com rasuras e/ou adulterações: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- c) () Sem data da prescrição: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- d) () Aviadas fora do prazo legal: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- e) () Sem a identificação correta do emitente: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- f) () Sem identificação correta do paciente: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- g) () Sem identificação correta do comprador: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- h) () Sem identificação correta do fornecedor: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- i) () Aviadas em quantidade acima do limite: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- j) () Aviadas acima da concentração farmacológica prevista: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- h) () Sem a rubrica do farmacêutico: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- i) () Sem identificação da gráfica que emitiu as notificações: _____ Not. De Receita
- j) () Sem data da dispensa: _____ receitas e _____ Not. de Receita
- k) () Provenientes de outra unidade federativa: _____ receitas e _____ Not. De Receita
- l) () Medicamentos substituídos em desacordo com RDC 135/03: _____ receitas e _____ Not. De Receita

30. A escrituração é realizada com frequência, no máximo semanal?

() sim () não

a) sem rasuras e legível ?

() sim () não

31. O estabelecimento possui os carimbos necessários, conforme modelo da Resolução 54/96 da SESA/PR ?

a) Declaração para redução: () sim () não

b) Identificação do estabelecimento: () sim () não

c) Identificação do profissional habilitado: () sim () não



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF – PR

RUA ITUPAVA, 1235 - ALTO DA XV - CEP: 80040-000 - FONE: (041) 363-0234 – 3901-2345- CURITIBA – PR

e-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Site: www.crf-pr.org.br ou www.crfpr.org.br

32. O estoque de medicamentos da Portaria 344/98 confere com a escrituração do livro/informatizado, balancetes e receituário?

() sim () não () não foi possível observar por motivo de:

Os livros não se encontravam na farmácia ()

Grande quantidade de documentos não lançados que inviabilizam a conferência ()

Recusa do profissional em realizar o procedimento ()

Outro: _____

INTERCAMBIALIDADE DE MEDICAMENTOS

33. A intercambialidade de medicamentos é feita somente pelo farmacêutico?

() Sim () Não () Não observado

em caso negativo descreva:

34. Ocorre a substituição de medicamentos prescritos em desacordo com a RDC 135/03?

() Sim () Não () Não observado

em caso afirmativo descreva:

DOS DOCUMENTOS OBSERVADOS

35. Possui Manual de Boas Práticas em Farmácia de Dispensação ?

() sim () não

Em caso afirmativo, qual a data da confecção: _____ e da última revisão: _____

36. Possui Procedimentos Operacionais Padrão:

() sim () não

Em caso afirmativo, quais as áreas:

Limpeza () Recebimento () Armazenamento () Dispensação () Vencimento ()

Aplicação de Injetáveis () Aferição de Pressão Arterial () Colocação de Brincos ()

Dispensa de medicamentos da Portaria 344/98 () Escrituração de medicamentos da Portaria 344/98 ()

37. Estão disponíveis a todos os funcionários do estabelecimento?

() sim () não

38. Existe registro de treinamento dos funcionários ?

() sim () não () não observado



Caso afirmativo, quais assuntos e datas? _____

39. Certificado de Regularidade do CRF-PR atualizado ?

() sim () não () não observado

40. Possui Licença Sanitária atualizada, expedida pela Visa local ?

() sim () não () não observado

41. Os documentos estão em local visível ?

() sim () não

42. Existe registro de comunicação ao órgão sanitário competente sobre irregularidades nos medicamentos?

() sim () não () não observado

43. Existe atividade divergente e/ou que fere a legislação vigente?

() sim () não

Em caso afirmativo, qual:

OBSERVAÇÕES GERAIS (descrição detalhada de informações apuradas em itens específicos):

Término às _____ : _____ hs do dia (_____) _____ de _____ de 20 _____

Assinatura: _____ Fiscal: _____

Nome: _____

Função: _____

BASES LEGAIS DA F.V.E.P

LEI 5991/73
LEI 6360/76
DECRETO 74170/74
DECRETO ESTADUAL 5711/02
RESOLUÇÃO 357/01 CFF
RESOLUÇÃO 239/92 CFF
RESOLUÇÃO 276/95 CFF
RESOLUÇÃO 308/97 CFF
RDC 214/06 ANVISA

M.B.P.F – Manual de Boas Práticas farmacêuticas

RDC 173/03 ANVISA
RESOLUÇÃO 328/99 ANVISA
RESOLUÇÃO ESTADUAL 225/99
RESOLUÇÃO ESTADUAL 54/96
RESOLUÇÃO ESTADUAL 69/97
RESOLUÇÃO ESTADUAL 226/99
PORTARIA 344/98
PORTARIA 6/99

F.V.E.P.F. - Atualizada em 18 de agosto de 2006