

FICHA DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES FARMACÊUTICAS
“DROGARIA/FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO”

Identificação do estabelecimento:

Termo nº: _____

Data: _____

Razão Social: _____

CRF-SP nº: _____

Farmacêutico fiscal: _____

1. Documentação verificada:

1.1. A Certidão de Regularidade do CRF-SP atualizada está afixada em local visível ao público, conforme determina a Res. nº 494/08 do CFF?

Sim

Não

1.2. Possui Manual de Boas Práticas Farmacêuticas conforme critérios estabelecidos pela Res. nº 357/01 do CFF?

Sim

Não

Sem dados

2. O farmacêutico efetua treinamento da sua equipe sobre os procedimentos?

Sim – periodicidade _____

Não

Sem dados

2.1. Há registro dos treinamentos?

Sim

Não

Sem dados

2.2. Possui plano para gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde conforme Res. nº 415/04 do CFF?

Sim

Não

Sem dados

2.3. Possui procedimentos relacionados à logística reversa conforme Decreto Federal nº 10.388/20?

Sim

Não

Sem dados

3. Critérios para aquisição de produtos:

3.1. Realiza seleção/qualificação dos fornecedores de medicamentos e demais produtos?

- Sim
 Não
 Sem dados

3.2. Verifica as condições de transporte dos produtos recebidos?

- Sim
 Não
 Sem dados

3.3. Foi detectado a comercialização de produtos em desacordo com as normas vigentes?

- Sim
 Não

3.3.1. Em caso positivo, relacionar: _____

4. Armazenamento/conservação de acordo com a Res nº 357/01 do CFF:

4.1. Os medicamentos são armazenados adequadamente?

- Sim
 Não

4.2. Caso dispense, os medicamentos termolábeis estão armazenados sob refrigeração, conforme a especificação?

- Sim
 Não
 Não dispensa medicamentos termolábeis

5. Medicamentos sob regime especial de controle, conforme Capítulo III - Seção III da Res. nº 357/01 do CFF:

5.1. Realiza a dispensação?

- Sim
 Não

5.1.1. Se sim, quais:

- Antimicrobianos
 Sujeitos à Port. SVS/MS nº 344/98
 Outros (RDC nº 405/2020)
 Não se aplica

5.2. Quanto à escrituração, a transmissão das movimentações ocorre de acordo com a legislação vigente?

- Sim
 Não
 Sem dados

5.2.1. Descrever último período transmitido ou Certificado de Transmissão Regular: _____

5.2.2. Responsável pela transmissão no SNGPC (descrever): _____

5.3. Os medicamentos controlados pertencentes à Portaria nº 344/98 SVS-MS estão armazenados em local exclusivo para este fim, guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança?

Sim

Não, descrever: _____

5.4. Os medicamentos da Portaria nº 344/98 SVS-MS estão sob a responsabilidade exclusiva de farmacêutico?

Sim

Não, descrever: _____

6 – Foi constatado o fracionamento conforme artigo 71 da Res. nº 357/01 e 437/05 do CFF?

Sim

Não, descrever: _____

7. O Farmacêutico, no contexto de suas atribuições clínicas, realiza a prescrição farmacêutica, conforme critérios preconizados pela Res. nº 586/13 do CFF?

Sim

Não

Sem dados

8. Das atribuições do farmacêutico conforme a Lei nº 13.021/14:

8.1. O farmacêutico realiza farmacovigilância?

Sim

Não

Sem dados

8.2. O farmacêutico realiza acompanhamento farmacoterapêutico?

Sim

Não

Sem dados

8.3. O farmacêutico possui banco de dados para consultas técnicas sobre medicamentos e demais produtos?

Sim

Não

Sem dados

8.4. O farmacêutico presta orientação necessária aos pacientes visando o uso racional dos medicamentos?

Sim

Não

Sem dados

8.5. Possui sala de atendimento farmacêutico?

Sim

Não

Sem dados

8.5.1. Em caso negativo, onde é realizada a orientação?

Área de dispensação

Sala de prestação de serviços farmacêuticos

Outro, descrever: _____

Sem dados

9. Serviços farmacêuticos prestados pelo estabelecimento:

Atenção Farmacêutica

Perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos

Aferição de pressão arterial

Aferição de glicemia capilar

Campanhas de Educação em Saúde

Aferição de temperatura corporal

Administração de medicamentos injetáveis

Administração de medicamentos por via inalatória

Outros:

9.1. Foi constatada a realização de serviços farmacêuticos em desacordo com a Res. nº 499/08 e 505/09 do CFF?

Sim

Não, descrever: _____

9.2. O local para realização dos serviços é adequado?

Sim

Não, descrever: _____

Não presta serviços

9.3. Fornece a declaração de serviços farmacêuticos ao paciente?

Sim, data da última declaração emitida: _____

Não

Sem dados

Não presta serviços

9.4. São realizados serviços de vacinação?

Sim

Não

10. O estabelecimento realiza a dispensação de medicamentos solicitados por meio remoto?

Sim, descrever média de pedidos ao dia nessa modalidade: _____

Não

Sem dados

10.1. As solicitações por meio remoto são centralizadas para dispensação em uma unidade da rede?

Sim, descrever o CNPJ: _____

Não

Sem dados

Não realiza dispensação por meio remoto

10.2. Por qual meio?

Telefone

Site, endereço: _____

Outro (p.ex.: WhatsApp®, aplicativo): _____

Sem dados Não se aplica

10.3. A entrega dos produtos solicitados ocorre por:

Funcionário próprio

Sem dados

Não se aplica

Transportadora terceirizada, descrever: _____

10.3.1. No caso de terceirização do serviço de transporte, a empresa está devidamente regularizada?

Sim

Não

Sem dados

Não se aplica

10.4. Para os medicamentos sujeitos à prescrição, há o envio da receita para avaliação por parte do farmacêutico previamente à liberação para entrega?

Sim

Não

Sem dados

Não se aplica

10.4.1. A dispensação remota contempla quais categorias de medicamentos?

Isentos de prescrição

Sujeitos à prescrição médica

Antimicrobianos

Sujeitos ao controle da Portaria SVS/MS nº 344/98

Sem dados

Não se aplica

10.5. São garantidos aos usuários meios para comunicação direta e imediata com o farmacêutico presente no estabelecimento?

Sim, descrever: _____

Não

Sem dados

Não se aplica

10.6. Descrever nome e nº do CRF-SP dos farmacêuticos envolvidos no processo de dispensação remota: _____

11. O estabelecimento concede estágios para estudantes do curso de graduação em farmácia?

Sim

Não

Sem dados

11.1. Foi apresentado documento formal que comprove a relação de estágio?

Sim

Não

Sem dados

Não se aplica

Parcialmente, descrever: _____

12 – Observações: _____

Recebido por (nome, função e assinatura): _____

Fiscal (carimbo e assinatura): _____