



## FICHA DE VERIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO ALOPÁTICA OU HOMEOPÁTICA

Lei 3.820/60 – Artigo 10 – Item C

FICHA Nº \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

T. I. n ° \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

N ° de Processos  
Profissional : \_\_\_\_\_

Estabelecimento : \_\_\_\_\_

Nome Fantasia : \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Profissional habilitado: \_\_\_\_\_

Às \_\_\_\_\_ horas do dia ( ) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

### DAS CONDIÇÕES GERAIS E LEGAIS

**01.** Natureza do estabelecimento:

( ) farmácia com manipulação ( ) farmácia homeopática ( ) com *drugstore*

**02.** O estabelecimento faz manipulação de fórmulas:

( ) magistrais ( ) oficiais ( ) homeopática

**03.** Profissional habilitado presente? ( ) sim ( ) não

**04.** Certificado de Regularidade atualizado e afixado em local visível? ( ) sim ( ) não

**05.** Possui Licença Sanitária atualizada, expedida pela Visa local? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, qual a data: \_\_\_\_\_

**06.** Possui Autorização Especial, para manipular substâncias sujeitas a controle especial, expedida pela ANVISA?

( ) sim ( ) não Em caso afirmativo, qual a data: \_\_\_\_\_

**07.** Os documentos estão em local visível? ( ) sim ( ) não

**08.** Está utilizando crachá de identificação com a palavra “Farmacêutico” em destaque? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, qual? ( ) CRF-PR ( ) Empresa

Em caso negativo, utiliza outra identificação? ( ) sim ( ) não

**09.** Possui Manual de Boas Práticas em Farmácia de Manipulação, BPMF e/ou BPMH?

( ) sim ( ) não Em caso afirmativo, qual a data da última revisão: \_\_\_\_\_

**10.** Possui serviço de atendimento remoto a paciente para medicamentos sujeitos a controle especial (disque entrega, 0800 ou outro)? ( ) sim ( ) não Em caso afirmativo descreva:

a) Como ocorre o recebimento do receituário:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Como ocorre a análise do receituário e/ou solicitação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



c) Descrever como é realizado o transporte do medicamento até o destino final:

---

---

---

d) Como ocorre a dispensação e orientações ao paciente:

---

---

---

11. Recebe receitas/notificações captadas em outros estabelecimentos?      ( ) sim      ( ) não

Em caso afirmativo:

a) Medicamentos da Portaria 344/98:      ( ) sim      ( ) não

b) Possui autorização para procedimento específico a produtos da Portaria 344/98?      ( ) sim      ( ) não

c) No mesmo município ou outros?

---

---

d) Identificar estabelecimento(s) envolvido(s) (filiais e/ou conveniados)?:

---

---

---

e) Como ocorre o recebimento do receituário:

---

---

---

f) Como ocorre a análise do receituário e/ou solicitação:

---

---

---

---

g) Descrever como é realizado o transporte do medicamento até o destino final:

---

---

---

h) Como ocorre a dispensação e orientações ao paciente:

---

---

---

---



**DAS CONDIÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

12. Existe farmacêutico exercendo atividades na área de dispensação no momento da inspeção?

( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, é específico? ( ) sim ( ) não

**CONDIÇÕES E QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

13. O estabelecimento possui locais subdivididos para:

a) área de armazenamento

( ) sim ( ) não

c) área de atividades administrativas

( ) sim ( ) não

e) vestiário

( ) sim ( ) não

b) área de dispensação

( ) sim ( ) não

d) laboratório de controle de qualidade

( ) sim ( ) não

f) sanitários

( ) sim ( ) não

14. Na área de manipulação descrever quais laboratórios possui:

---

---

15. Existe procedimento escrito para avaliação farmacêutica da prescrição?

( ) sim ( ) não Em caso afirmativo:

a) Em que fase do processo está prevista?

---

---

b) Quem analisa: ( ) Farmacêutico ( ) Técnico ( ) outro: \_\_\_\_\_

16. Toda a manipulação é realizada exclusivamente mediante apresentação previa da prescrição?

( ) sim ( ) não

17. Todas as fórmulas manipuladas são registrados em livro e/ou sistema informatizado?

( ) sim ( ) não

18. É respeitado a proibição de não aviar receitas em códigos (sigla e números)?

( ) sim ( ) não

19. O farmacêutico participa efetivamente da manipulação?

( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo descreva quais etapas:

---

---

20. Quanto aos rótulos:

a) Dos produtos magistrais, possui: nome do paciente, nome prescriptor, número de registro da preparação, data manipulação, prazo de validade, composição e respectivas quantidades, peso ou volume, posologia e dados da empresa e responsável técnico e CRF. ( ) sim ( ) não

b) Possui rótulos ou etiquetas com advertências complementares e para substâncias sujeitas a controle especial?

( ) sim ( ) não



**MATÉRIA - PRIMA**

21. Faz cálculo de correção de matéria-prima para manipulação (BPMF e/ou BPMH)?

( ) sim ( ) não

caso afirmativo, como: ( ) informatizado ( ) manual

**CONTROLE DE QUALIDADE**

22. Possui sala para controle de qualidade?

( ) sim ( ) não ( ) tercerizado: \_\_\_\_\_

23. Quem faz o controle de qualidade? \_\_\_\_\_

24. Qual sistema utiliza? ( ) amostragem ( ) série ( ) outro

25. Quais análises de recebimento da matéria-prima são realizadas e os respectivos registros?

( ) solubilidade ( ) pH ( ) peso ( ) volume ( ) densidade ( ) ponto de fusão ( ) avaliação laudo fornecedor

26. Possui algum sistema de rastreamento de materiais e/ou substâncias, para investigação de possíveis desvios de qualidade?

( ) sim ( ) não

**QUANTO AOS MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344/98**

27. Possui medicamentos da portaria 344/98 ? ( ) sim ( ) não

Em caso afirmativo, observar:

a) Os medicamentos controlados psicoativos e psicotrópicos estão devidamente acondicionados em armário resistente e com chave ou sala específica e com chave ?

a1) para matéria –prima: ( ) sim ( ) não ( ) não possui armário ou sala específica

a2) para produto acabado: ( ) sim ( ) não ( ) não possui armário ou sala específica

b) Onde encontrava-se a chave do(s) armário(s) ou sala(s) no momento da inspeção?

\_\_\_\_\_

c) Possui o certificado de regularidade de psicotrópicos devidamente atualizado ?

( ) sim ( ) não. Data da última atualização: \_\_\_\_\_

28. Em relação aos receituários da Portaria 344/98, foram avaliadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ receitas e/ou notificações apresentadas, referentes ao período de:

\_\_\_\_\_ e encontrado (detalhar em anexo as irregularidades encontradas):

a) Modelo de receitas e/ou notificação em desacordo com Portaria 344/98, quantas: \_\_\_\_\_

b) Com rasuras e/ou adulterações, quantas: \_\_\_\_\_

c) Sem data da prescrição, quantas: \_\_\_\_\_

d) Receitas e/ou notificação aviadas fora do prazo legal, quantas: \_\_\_\_\_

e) Sem identificação correta do emitente, quantas: \_\_\_\_\_

f) Sem identificação correta do paciente, quantas: \_\_\_\_\_

g) Sem identificação correta do comprador, quantas: \_\_\_\_\_

h) Sem identificação correta do fornecedor, quantas: \_\_\_\_\_

