



**FICHA DE VERIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO**

**I – Estabelecimento:**

01. Nome Fantasia:		02. Termo de Visita Nº:	
03. Razão Social:		04. Município:	
Obs.: Os dados coletados nesta ficha refletem o momento da inspeção.		Data: ___/___/___	Hora: ___

**II – Farmacêutico (s) Responsável (s):**

01. Diretor Técnico:		CRF/GO:	
02. Assistente Técnico:		CRF/GO:	
03. Substituto:		CRF/GO:	

**III – Verificação de Documentos Imprescindíveis:**

01. Certidão de Regularidade Técnica (CRT) atualizada? (Res. 494/08 CFF)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
02. Alvará de Licença da Vigilância Sanitária Estadual/Municipal atualizada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
03. Apresentou a publicação da Autorização de Funcionamento (AF) da ANVISA?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
04. Apresentou a publicação da Autorização Especial (AE), da Portaria 344/98?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

**IV – Verificação das Condições do Exercício Profissional:**

01. Manipulação de:	<input type="checkbox"/> Alopáticos	<input type="checkbox"/> Homeopáticos	<input type="checkbox"/> Fitoterápicos	<input type="checkbox"/> Estéreis
02. Certidão de Regularidade Técnica estava em local visível (Res. 357/01, Art. 9, CFF)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
03. Possui local com chave para guarda de matéria-prima/produto acabado dos controlados?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
04. Apresentou Manual Boas Práticas em Farmácia de Manipulação (BPMF e/ou BPMH)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
05. Apresentou “POPs” aprovados e assinados pelo farmacêutico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
06. Apresentou protocolo do “Plano de Gerenciamento de Resíduos”?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
07. Matéria-prima armazenada em prateleiras, sem contato com parede/teto/piso?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
08. Na amostragem, a matéria-prima está corretamente identificada: DCB/DCI;Fornecedor; Lote e Validade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
09. Na amostragem, a matéria-prima contém laudos de análise do fabricante, do fornecedor e da farmácia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
10. Verifica análise da água? Ver controle de análise.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
11. As balanças de precisão estão verificadas, aferidas e calibradas? Ver registros e controles	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
12. Possui área ou local específico p/ atividade de Controle de Qualidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
13. Os laudos estão assinados pelo farmacêutico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
14. No momento da inspeção, foi identificada a intermediação ou captação de receitas com drogarias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
15. No momento da inspeção, foi identificada manipulação de substâncias c/ receitas em código?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
16. Está exposto ao público estoque de preparações magistrais?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
17. As fichas de produção (ordem de manipulação/ficha de pesagem), têm a conferência inicial/final?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
18. Receitas manipuladas de substâncias sujeitas a controle especial (SSCE), contém carimbo/assinatura do RT?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
19. O farmacêutico elaborou o cronograma de treinamento? Ver registro.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
	ARQUIVAR FVEP?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

**V – Assinaturas/Carimbos:**

01. Farmacêutico (a):	
02. Farmacêutico (a) Fiscal:	