



**FICHA DE VERIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM FARMÁCIA HOSPITALAR**

**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. Há outros Farmacêuticos Assistentes na unidade?	( ) Sim	( ) Não	Quantos?

**III – Verificação de Documentos Imprescindíveis:**

01. Certidão de Regularidade Técnica (CRT) atualizada? (Res. 494/08 CFF)	( ) Sim	( ) Não
02. Alvará de Licença da Vigilância Sanitária Estadual/Municipal atualizada?	( ) Sim	( ) Não

**IV – Categoria do Hospital e outros dados:**

01. Categoria do Hospital:	( ) Geral	( ) Especializado	02. ( ) Nº de Leitos: _____
03. Possui Farmácia Satélite?	( ) Sim	( ) Não	04. Tipo: ( ) Pronto Socorro ( ) Centro Cirúrgico ( ) Outro
05. Forma de Dispensação Medicamentos (dose):	( ) Unitária	( ) Individual	( ) Mista ( ) Coletiva
06. Atividades realizadas pela Unidade Farmacêutica:			
( ) Armazenamento de Medicamentos	( ) Compras de Medicamentos	( ) Controle de Estoque	
( ) Dispensação de Medicamentos	( ) Distribuição	( ) Fracionamento de Medicamentos	
( ) Manipulação de Antineoplásicos	( ) Manipulação de Nutrição Parenteral	( ) Manipulação de Saneantes/Germicidas	
07. O Farmacêutico participa de Comissões:			
( ) Farmácia Terapêutica	( ) Controle de Infecção Hospitalar	( ) Terapia Antineoplásica	
( ) Suporte Nutricional	( ) Outras		
09. Há Programas Estratégicos?	( ) Sim	( ) Não	Quais? _____

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

01. A Certidão de Regularidade está em local visível?	( ) Sim	( ) Não
02. Apresentou Plano de Gerenciamento de Resíduos?	( ) Sim	( ) Não
03. Dispensa Medicamentos da Portaria 344/98?	( ) Sim	( ) Não
04. Utiliza o SNGPC?	( ) Sim	( ) Não
05. Os lançamentos estão atualizados?	( ) Sim	( ) Não
06. Os medicamentos controlados estão armazenados conforme a Portaria 344/98?	( ) Sim	( ) Não
07. A guarda desses medicamentos está sob a responsabilidade do RT?	( ) Sim	( ) Não
08. Possui POP-Procedimento Operacional Padrão?	( ) Sim	( ) Não
09. Há treinamento periódico para os subordinados?	( ) Sim	( ) Não
10. Dispensa medicamentos termolábeis?	( ) Sim	( ) Não
11. Estão armazenados sob refrigeração? ( ) Não se aplica	( ) Sim	( ) Não
	ARQUIVAR FVEP?	( ) Sim ( ) Não

**V – Assinaturas/Carimbos:**

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