



FICHA DE VERIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM LABORATÓRIO DE ANÁLISES

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)	() Sim	() Não
02. Alvará de Licença da Vigilância Sanitária Estadual/Municipal atualizada?	() Sim	() Não

IV – Tipo de Laboratório:

() Análises Clínicas	() Análises Toxicológicas	() Análises Bromatológicas
() Análises Químicas	() Controle de Qualidade	() Posto de Coleta

V – Rotinas realizadas no Laboratório:

() Rotina Bioquímica (glicose, colesterol, triglicérides, ác. úrico, creatinina, uréia, sódio, potássio, transaminases, etc.)	() Rotina Hematológica (hemograma completo, TS, TC, etc.)
() Rotina Imunológica (sífilis, hepatite, HIV, aslo, etc.)	() Rotina Microbiológica (Gram + e Gram -)
() Rotina Parasitológica (protozoários, helmintos, etc.)	() Rotina de Urina (tipo I, etc.)
() Rotina Micológica	() Outros: _____

VI – Verificação das Condições do Exercício Profissional:

01. CRT estava em local visível?	() Sim	() Não
02. Apresentou Plano de Gerenciamento de Resíduos?	() Sim	() Não
03. Possui POP-Procedimento Operacional Padrão?	() Sim	() Não
04. Há treinamento periódico para os subordinados?	() Sim	() Não
05. Há registro dos Treinamentos?	() Sim	() Não
06. Por amostragem, foi encontrado produtos com validade expirada?	() Sim	() Não
07. Há registro diário de temperatura das estufas, banho maria e geladeiras?	() Sim	() Não
08. Há controle e registro semanal de eficiência da autoclave?	() Sim	() Não
09. Há manutenção dos soros positivos e negativos de reações imunológicas?	() Sim	() Não
10. Utiliza material descartável?	() Sim	() Não
11. Possui recipiente apropriado para o descarte do material contaminado?	() Sim	() Não
	ARQUIVAR FVEP?	() Sim () Não

VI – Assinaturas/Carimbos:

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