



Termo de Verificação de Atividades em Estabelecimento Público

Denominação do local: _____

Ente responsável pela administração: _____

_____ C.N.P.J.: _____

Endereço: _____

Tel/Fax: _____ Município: _____

Horário de Funcionamento: _____

Farmacêutico: _____

Horário de assistência: _____

Número de Pacientes atendidos/dia: _____

1. Estoque aproximado de produtos (caixas, cartelas, frascos, ampolas, etc.):
() até 500 unidades () de 500 a 1000 unidades () acima de 1000 unidades

2. Possui estoque de medicamentos sujeitos a controle especial da portaria 344/98 do M. S.:
() sim () não

a) Os medicamentos estão armazenados em armário ou sala com chave? () sim () não

b) Em caso positivo, o armário encontra-se fechado e a chave com farmacêutico habilitado, conforme Portaria 344/98 MS? () sim () não

Em caso negativo, descrever: _____

c) Dispensação é realizada por farmacêutico, conforme preve a Lei 5991/73 e Portaria 344/98 SVS-MS? () sim () não

Em caso negativo, descrever como é realizado: _____

d) Os receituários/Notificações de receitas aviadas estão preenchidas conforme exige a Portaria 344/98 MS? () sim () não

Em caso negativo, descrever como os documentos estão preenchidos: _____



e) Foi possível conferir se o estoque dos medicamentos da Port. 344/98 MS confere com Livro de Registro Específico? () sim () não

e1) Em caso negativo, informar o motivo: _____

e2) Em caso positivo, realizar a conferência do estoque e anotar possíveis diferenças em folha complementar.

f) Quem faz a escrituração e controle de estoque: _____

Órgão de Classe: _____

Obs: _____

g) Quem assina os balancetes: _____

Órgão de Classe: _____

Obs: _____

h) Estabelecimentos possuem Certificado de Regularidade para substâncias e medicamentos psicotrópicos, entorpecentes e outros sujeitos a controle especial atualizados, conforme Res. SESA PR 225/99? () sim () não

Obs: _____

3. Estoque de medicamentos “Antibióticos” pertencentes a RDC 44/10 e 20/11 ANVISA:

() até 500 unidades () de 500 a 1000 unidades () acima de 1000 unidades

3.1. Dispensação é realizada, conforme a Resolução RDC 44/10 e 20/11 ANVISA?

() sim () não Em caso negativo, descrever como é realizado:

4. Possui medicamentos termolabéis? () sim () não

4.1. Estão acondicionados de forma adequada: () sim () não



Em caso negativo, descrever como estão armazenados:

5. Forma de entrega do medicamento ao paciente:

- as unidades dispensadas contém informações suficientes (validade, modo de usar, contra-indicações, reações adversas, interações medicamentosas, número de lote, fabricante, nome do responsável pelo fracionamento/partição e data do procedimento) () sim () não
- as unidades dispensadas são acompanhados por bula () sim () não
- as unidades são dispensados com informações por escrito () sim () não

Obs.:

6. Forma principal de uso do medicamento pelo paciente:

() uso doméstico () uso no local com acompanhamento por profissional de saúde

Obs.:

7. Foram verificados a presença de medicamentos:

vencidos () retalhados sem possuir lote e/ou Validade () mistura de lotes ()

Em caso afirmativo, descrever quantidades e condições dos mesmos:



8. Estocagem dos medicamentos esta adequada? () sim () não

Em caso negativo, descrever quantidades e condições dos mesmos:

9. Estes medicamentos armazenados em outros locais, fora da farmácia? () sim () não

Em caso positivo, descrever locais, quantidades e condições do armazenamento:

10. Observações Gerais

Às ____ : ____ h dia ____ (____) de ____ de 20__

Atendido por:

Assinatura: _____

Fiscal _____

Nome: _____

Função: _____



Complemento ao Termo de Verificação de Atividades em Estabelecimento Público Folha Nº _____

Observações:

Assinatura: _____ Fiscal: _____

Nome:..... _____

Função:..... _____

