



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RELATORIO DE VISTORIA

FARMÁCIAS E DROGARIAS

Nome Fantasia:

Razão Social:

Endereço:

Responsável Técnico:

CRF:

Telefone:

CNPJ:

Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana - Av. João Durval s/ n – Estação Nova CEP 44037 - 010

Telefone: (0xx75) 622-5480 - Fax: 625-6299 E-mail: saudefs@gd.com.br Internet: www.fsa-saude.com.br

ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM FARMÁCIAS E DROGARIAS

1- IDENTIFICAÇÃO:			
1.1- Razão Social			
1.2- Nome Fantasia			
1.3- CNPJ			
1.4- Endereço			
1.5- Fone		1.5.1- Fax	
1.6- Responsável Técnico			
1.7- Forneceu Planta Baixa	Sim ()	Não ()	
1.8- Nº Total de Funcionários			
1.9- Nº de Licença de Funcionamento			
2- Classificação de Estabelecimento			
2.1- Privado (X)	Conveniada ()	Público ()	Outros ()
3- Tem Estacionamento Privativo			
Sim ()	Não ()		

1- ADMINISTRAÇÃO E RECEPÇÃO					
UNIDADE DE SERVIÇOS GERAIS					
ITEM			SIM	NÃO	NA
1	N	O responsável técnico presente?	()	()	()
2	N	Áreas internas e externas em boas condições físico-estruturais?	()	()	()
3	R	O acesso ao estabelecimento é independente de forma a não permitir comunicação com residência ou qualquer outro local distinto do estabelecimento?	()	()	()
4	R	Existe um programa de sanitização (desratização, desinsetização, etc.) bem como registro de sua execução?	()	()	()
5	N	Existe sanitário? Estão limpos e possuem pia com água corrente e boas condições de limpeza? Esgotos e encanamentos em bom estado de conservação? Dispõe de papel higiênico, papel toalha e sabão líquido?	()	()	()
6	R	A ventilação é suficiente? A iluminação é suficiente e adequada	()	()	()
7	N	Existe equipamento de segurança para combate a incêndio? Com acesso aos extintores e mangueiras está livre?	()	()	()
8	N	Funcionários estão uniformizados? Os uniformes estão limpos e em boas condições?	()	()	()
9	N	Os funcionários são submetidos a exames adimensionais e periódicos?	()	()	()
10	R	As instalações mantêm boas condições higiênico-sanitárias (bancadas, paredes de cor clara, pisos e mobiliários constituídos de material liso, lavável e impermeável de fácil higienização)? Os locais estão limpos, sem poeira ou sujeira aparente?	()	()	()
11	N	A licença de funcionamento (alvará) está devidamente afixado	()	()	()

		e em lugar visível ao público? Possui placa de identificação do estabelecimento conforme a legislação vigente	()	()	()
Obs.:					

ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS

ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE PRODUTOS					
ITEM			SIM	NÃO	NA
1	N	Existe local para o armazenamento de produtos?	()	()	()
2	N	Os medicamentos estão devidamente armazenados	()	()	()
3	N	Existem condições de segurança adequada para o armazenamento de produtos inflamáveis	()	()	()
4	I	Os produtos estão protegidos da ação direta da luz solar, umidade e temperatura?	()	()	()
		Os produtos são armazenados em prateleiras e afastados do piso e da parede?	()	()	()
5	R	Os produtos apresentam número de lote, data de fabricação e prazo de validade?	()	()	()
		Todos os produtos estão dentro do prazo de validade?	()	()	()
		Os produtos que apresentam comprovadamente irregularidade, bem como os vencidos estão fora da área de venda e identificados como tal?	()	()	()
		Qual o destino dos produtos com prazo de validade vencido?	()	()	()
6	I	O estabelecimento cumpre com a determinação de não expor a venda produtos estranhos ao comércio farmacêutico?	()	()	()
7	R	O estabelecimento cumpre com a determinação de não prestar serviços tais como: coletas de materiais biológicos, xérox, etc?	()	()	()
8	N	É respeitada a proibição de não utilizar aparelhos de uso médico-ambulatorial?	()	()	()
9	N	São vendidas ervas medicinais em suas embalagens originais?	()	()	()
		A rotulagem das ervas medicinais está de acordo com o disposto na Legislação Sanitária (identificação botânica, prazo de validade, lote, nome da empresa, endereço, responsável Técnico e CRF?)	()	()	()
10	I	Possui medicamentos que necessitam de armazenamento em baixa temperatura?	()	()	()
		Possui geladeira com termômetro para controle e registro de temperatura?	()	()	()
11	N		()	()	()
12	N		()	()	()
Obs.:					

SALA DE APLICAÇÃO DE INJETÁVEIS

SALA DE APLICAÇÃO DE INJETÁVEIS					
ITEM			SIM	NÃO	NA
1	N	Existe área de aplicação de injeção?	()	()	()

		O local é separado e adequado para aplicação de injeção? O acesso à sala de aplicação de injeção é independente?	() ()	() ()	() ()
2	N	As instalações possuem condições higiênico-sanitárias satisfatórias e estão em bom estado de conservação? Possue pia, água corrente, sabão líquido e toalhas descartáveis? Existe lixeira com tampa, pedal e saco plástico? Existe recipiente rígido adequado para descarte de perfuro-cortante?	() () () ()	() () () ()	() () () ()
3	N	Possui profissional habilitado e/ou capacitado para aplicação de injetáveis?	()	()	()
4	N	Possui os equipamentos e materiais necessários para os procedimentos realizados? Os materiais utilizados são descartáveis e encontram-se dentro do prazo de validade?	() ()	() ()	() ()
5	R	Existe livro de registro de receituário de aplicação de injeção?	()	()	()
6	N	Existe coleta seletiva dos resíduos resultantes da aplicação de injeções?	()	()	()
6	I	Possui rotinas escritas com os técnicos de anti-sepsia das mãos e local de aplicação, bom como de cuidados na aplicação de injetáveis?	()	()	()
7	I				
8	N				
9	N				
Obs.:					

PRODUTOS DE CONTROLE ESPECIAL

ITEM			SIM	NÃO	NA
1	N	O estabelecimento comercializa produtos sujeitos a controle especial? Existe sistema segregado com chave para o armazenamento destes produtos?	() ()	() ()	() ()
2	N	Todos os medicamentos sujeitos a controle especial são dispensados mediante prescrição médica segundo Legislação vigente (Portaria 344/98 SVS/MS)?			
3	N	As notificações de receitas encontram-se preenchidas corretamente na forma de Lei?			
4	N	A conferência das prescrições médicas é efetuada pelo profissional farmacêutico?			
5	N	Qual o sistema de escrituração adotado pela empresa? Os livros de registros estão com escrituração atualizada?	() ()	() ()	() ()
6	R	O receituário e notificações de receita são corretamente arquivados?	()	()	()
7	I	A escrituração obedece a DCB (Denominação Comum Brasileira), combinada com o nome comercial?	()	()	()
8	N	Todos os livros e/ou sistema informatizado foram autorizados pela Vigilância Sanitária local?	()	()	()

		Os balanços são enviados regularmente à Vigilância Sanitária, obedecendo os períodos estabelecidos pela legislação em vigor?	()	()	()
9	N	Os registros contidos nos balanços correspondem com a escrituração dos livros específicos? Os estoques físicos correspondem aos escriturados?	()	()	()
10	N	A Autoridade Sanitária é notificada quando da existência de medicamentos sujeitos a controle especial vencidos?	()	()	()
11	I				
Obs.:					

RELATÓRIO

Caracterização da Inspeção

Inspeção	Inicial ()	Alterações ()	Sistemática ()	Emergencial ()
Período	____/____/____ a ____/____/____			
Data do Relatório	____/____/____			

Pessoas Contactadas

Nome	Função

Relato da Situação

Providências Tomadas

Considerações Finais

Conclusão da Inspeção

Situação	<input type="checkbox"/> Satisfatório	Prazo de Adequação _____ dias
	<input type="checkbox"/> Satisfatório com Restrições	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório com Interdição Parcial	
	<input type="checkbox"/> Insatisfatório com Interdição Total	

Risco	<input type="checkbox"/> Elevado	
	<input type="checkbox"/> Moderado	
	<input type="checkbox"/> Baixo	
Data da Próxima Inspeção	____/____/____	
Equipe		
Nome do Inspetor	Matrícula	Assinatura