



FICHA DE VERIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM FARMÁCIA HOSPITALAR

Ficha n° _____ / 20 _____ Nº de Processos: Profissional _____
T.I. n° _____ / 20 _____ Estabelecimento _____
Início da inspeção: ____:____ horas do dia () _____ de _____ de 20 _____

I – ADMINISTRAÇÃO

| 1- IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|-------|
| RAZÃO SOCIAL | | | | | | |
| NOME FANTASIA | | | | | | |
| CNPJ | | | | | | |
| DIRETOR GERAL | | | | | | |
| ESPECIALIDADE(S) PRINCIPAL(is) | | | | | | |
| ENDEREÇO | | | | | | |
| MUNICÍPIO | CEP: _____ | | | | | |
| ESTADO | Site hospital: _____ | | | | | |
| TELEFONE / RAMAL | e-mail: _____ | | | | | |
| NATUREZA DA ENTIDADE | Público <input type="checkbox"/> | | Particular Conveniada ao SUS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| CORPO CLÍNICO | Aberto <input type="checkbox"/> | | Fechado <input type="checkbox"/> | | | |
| SERVIÇOS TERCERIZADOS | Empresa | | | | | |
| NÚMERO DE LEITOS | Inativos | Ativos: | UTI: | Total | ISEP: | |
| A quem a Farmácia Hospitalar está subordinada? | | | | | | |
| Horário de funcionamento da Farmácia: ____:____ às ____:____ | | | | Área física total da farmácia (m2) | | |
| 2 – RECURSOS HUMANOS | | | | | | |
| a) Diretor Técnico | | | | | | |
| Nome | | | Nº CRF | CH/sem | | |
| b) Certificado de Regularidade no CRF/PR | () Sim | | () Não | | | |
| c) Recursos Humanos: | | | | | | |
| | Número | 20 H | 30 H | 36 H | 40 H | 44H |
| Farmacêuticos | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nível médio | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nível auxiliar | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |



| NÍVEL DE CRÍTICIDADE | CICLO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | SIM | NÃO | ND |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|
| | 1. SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS P/ SAÚDE | | | |
| 2 | 1.1. Existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica? | () | () | |
| 2 | 1.2. Existe uma relação de medicamentos padronizados? | () | () | |
| 4 | A. Nº total de medicamentos padronizados: _____ | | | |
| 2 | B. Qual a data da última atualização? (a cada 2 anos) | | | |
| 3 | 1.3. Existe formulário específico para as solicitações de inclusão/exclusão de produtos pelo Corpo Clínico na relação de medicamentos padronizados? | () | () | |
| 3 | 1.4. Existe formulário específico para as solicitações de medicamentos Não Padronizados pelo Corpo Clínico? | () | () | |
| 4 | 1.5. Existe relatório demonstrando a representatividade das aquisições de medicamentos Não Padronizados em relação aos padronizados? | () | () | |
| 4 | 1.6. Existe relatório manual ou informatizado indicando os medicamentos padronizados não movimentados nos últimos seis meses. | () | () | |
| | 2. AQUISIÇÃO | SIM | NÃO | ND |
| 1 | 2.1. Documentação do produto: 2.1.1. Cópia do DOU com registro do produto na Anvisa (atualizado). | () | () | |
| 2 | 2.1.2. Laudo de controle de qualidade do medicamento para cada lote. | () | () | |
| | 2.2. Documentação do fabricante: | () | () | |
| 1 | 2.2.1. Autorização de funcionamento da Anvisa. | () | () | |
| 1 | 2.2.2. Licença sanitária atualizada anualmente. | () | () | |
| 1 | 2.2.3. Certificado de Boas Práticas emitido pela Anvisa (por linha de produção). | () | () | |
| | 2.3. Documentação do distribuidor: | () | () | |
| 1 | 2.3.1. Autorização de funcionamento da Anvisa. | () | () | |
| 1 | 2.3.2. Licença sanitária atualizada anualmente. | () | () | |
| 1 | 2.3.3. Autorização do fabricante para comercialização (exclusivo para os medicamentos). | () | () | |
| 1 | 2.3.4. Certidão de regularidade do CRF. | () | () | |
| | 3. TRANSPORTE / RECEBIMENTO | SIM | NÃO | ND |
| 3 | 3.1. Número de produtos devolvidos por NÃO CONFORMIDADE. a) Existe registro do percentual indicando NC de recebimento? | () | () | |
| 3 | b) Existe registro do percentual indicando NC de recebimento por fornecedor? | () | () | |
| | 3.2. Existe registro dos produtos devolvidos por apresentarem NC no | | | |



| | | | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|
| | recebimento: | () | () | |
| 3 | a) Quanto à documentação do produto (NF, registro, laudo)? | () | () | |
| 3 | b) Sua integridade (alterações na embalagem ou no produto)? | () | () | |
| 3 | c) Item não solicitado ou de fornecedor não cadastrado? | () | () | |
| 3 | d) Item danificado devido ou durante o transporte? | () | () | |
| 4 | 3.3. Existe estatística relacionando os tipos de NC ocorridas? | () | () | |
| 4 | 3.4. Existe registro e análise de dados das diversas categorias de NC ocorridas (tipo de produto, fornecedor, marca, tipo de NC)? | () | () | |
| | 4. ARMAZENAMENTO | SIM | NÃO | ND |
| | 4.1. Existe rotina de armazenamento para: | | | |
| 1 | a) Medicamentos em geral? | () | () | |
| 1 | b) Medicamentos sujeitos a controle especial? | () | () | |
| 1 | c) Medicamentos para ensaios clínicos? | () | () | () |
| 1 | d) Quarentena? | () | () | |
| 1 | e) Amostra grátis? | () | () | () |
| 1 | f) Termossensíveis? | () | () | |
| 1 | h) Inflamáveis? | () | () | () |
| 2 | 4.2. Existe identificação (endereçamento ou codificação) para o armazenamento dos medicamentos? | () | () | |
| | 4.3. No local de armazenamento existe: | | | |
| 1 | a) Ausência de incidência de luz solar direta? | () | () | |
| 1 | b) Ausência de mofo/bolor nas paredes, piso ou teto? | () | () | |
| 1 | c) Ventilação adequada? | () | () | |
| 1 | d) Local limpo e organizado? | () | () | |
| 1 | e) O cumprimento do empilhamento máximo sugerido pelo fabricante? | () | () | |
| 1 | f) Os medicamentos estão armazenados sob <i>pallets</i> , longe das paredes e tetos? | () | () | |
| 1 | g) Existem telas nas janelas? | () | () | |
| | 4.4. Existe registro diário de no mínimo duas vezes ao dia: | | | |
| 1 | a) Umidade do ambiente de armazenamento? | () | () | |
| 1 | b) Temperatura, utilizando termômetro de máxima, mínima e atual, para os locais abaixo: | | | |
| | • Ambiente. | () | () | |
| | • Refrigeradores ou câmaras frias. | () | () | |
| | • Freezer. | () | () | () |
| 1 | 4.5. Existe registro de limpeza destes equipamentos (no mínimo uma ao mês)? | () | () | |
| 1 | 4.6. Existe procedimento para o armazenamento dos medicamentos durante este período e até que o equipamento atinja a temperatura mínima? | () | () | |
| 4 | 4.7. Existe relatório indicando as perdas por validade e deterioração? | () | () | |
| | 5. FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS DE USO ORAL | SIM | NÃO | ND |
| | 5.1. Existem rotinas escritas para o procedimento, com atualização anual, indicando: | | | |
| 1 | a) Paramentação necessária? | () | () | |
| | b) Local? | () | () | |
| | c) Condições ambientais necessárias? | () | () | |
| | d) Tipo de material utilizado para acondicionamento do produto, de acordo com características do produto (sólido, líquido, higroscópico, etc)? | () | () | |



| | | | | |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------|
| | e) Descrição da técnica de fracionamento? | | | |
| 2 | 5.2. Registro do treinamento para os funcionários do setor? | () | () | |
| 1 | 5.3. Existe cálculo do prazo de validade após fracionamento conforme recomendado pelo F.D. A. e U.S.P.? (devendo ser 25% sob o período compreendido entre a data de fracionamento e a validade do fabricante, não ultrapassando 6 meses – exclusivo para os medicamentos que ocorre comprometimento do invólucro primário). | () | () | |
| 1 | 5.4. Existe um Livro de Registro* contendo as seguintes informações: a) Data, nome comercial, nome genérico, fabricante (fornecedor), data de validade do fabricante, lote, número de unidades fracionadas, data de validade da farmácia, nome do funcionário que realizou o procedimento, visto do farmacêutico responsável e amostra de etiqueta emitida? | () | () | |
| 1 | b) Existe controle e registro das sobras de etiquetas? | () | () | |
| 1 | 5.5. A etiqueta de identificação do medicamento fracionado dispõe das seguintes informações: a) nome genérico, nome comercial (opcional), forma farmacêutica, concentração, lote, validade? | () | () | |
| | 6. DISPENSAÇÃO | SIM | NÃO | ND |
| 4 | 6.1. Qual o sistema de dispensação utilizado no hospital? a) Coletivo. b) Individualizado. c) Unitário. d) Misto – Individualizado e Unitário. e) Misto – Coletivo e Individualizado. | () () () () () | () () () () () | |
| 1 | 6.2. As prescrições são avaliadas e vistas pelo farmacêutico antes da dispensação? | | | |
| 4 | De 1 a 10% | () | () | |
| 4 | De 11 a 30% | () | () | |
| 4 | De 31 a 60% | () | () | |
| 4 | De 61 a 100% | () | () | |
| 3 | 6.3. Existe conferência dos medicamentos dispensados? (verificar). | () | () | |
| 2 | 6.4. Existe registro das intervenções efetuadas pelo farmacêutico nas prescrições? | () | () | |
| 3 | 6.5. Existe um registro do número de erros identificados durante a: a) Prescrição pelo médico? | () | () | |
| 3 | b) Preparação/dispensação pela farmácia? | () | () | |
| 3 | c) Administração pela enfermagem? | () | () | |
| | 7. DEVOUÇÃO | SIM | NÃO | ND |
| 4 | 7.1. Existe registro dos itens dispensados que são devolvidos (avaliação mensal deste indicador/registrar últimos 3 meses) | () | () | |
| 3 | 7.2. Existe uma avaliação pelo farmacêutico das devoluções de medicamentos que podem interferir no perfil farmacoterapêutico do paciente (ex.: antibiótico)? | () | () | |
| 3 | 7.3. Existe um registro de Não Conformidades (NC) das devoluções? | () | () | |
| 3 | 7.4. Existe um encaminhamento para as NC identificadas e registradas? | () | () | |
| | 8. MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344/98 | SIM | NÃO | ND |
| 4 | 8.1. Possui medicamentos controlados da Portaria 344/98 SVS/MS? | () | () | |
| 4 | 8.2. Existem medicamentos controlados armazenados em outros | | | |



| | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | locais: a) Posto de enfermagem? b) UTI? c) Farmácia Satélite? | () () () | () () () | () () () |
| 1 | 8.3. Os medicamentos da Portaria 344/98 (estoque principal) estão devidamente acondicionados em armário resistente e com chave e/ou sala fechada? | () | () | |
| 2 | 8.4. Os medicamentos controlados estão acondicionados de forma organizada? | () | () | |
| 1 | 8.5. O certificado de regularidade de medicamentos sujeitos a controle especial está devidamente atualizado? | () | () | |
| 1 | 8.6. Os registros dos medicamentos estão atualizados. | () | () | |
| | 9. INFORMAÇÃO | SIM | NÃO | ND |
| 3 | 9.1. Educação Continuada: Avaliar o registro dos últimos 12 meses a) Existe registro de treinamento visando à revisão ou atualização do corpo funcional e/ou estagiários? | () | () | |
| 4 | b) Existe registro de participação em treinamento da equipe de saúde? | () | () | |
| 4 | c) Existe registro da participação do farmacêutico em grupos de pacientes? | () | () | |
| 4 | d) Existe registro de elaboração de programas educativos? | () | () | |
| 3 | 9.2. Programas de Farmacovigilância: a) Existe registro de identificação de reações adversas aos medicamentos (RAM), monitorando problemas relativos à terapêutica e os encaminhamentos efetuados? | () | () | |
| 3 | b) Não Conformidades com os medicamentos e encaminhamento efetuado? | () | () | |
| 2 | 9.3. Manual de Procedimentos: a) Existe um manual detalhando as rotinas de trabalho, atualizado e disponível para a equipe de trabalho? | () | () | |
| 3 | b) Os funcionários manuseiam essas rotinas de forma habitual, demonstrando conhecimento de seu conteúdo? | () | () | |
| | 10. CUSTOS | SIM | NÃO | ND |
| 4 | 10.1. Levantamento de custos de medicamentos a) Existem relatórios mensais com dados de consumo X custos de medicamentos (curva ABC)? | () | () | |
| 4 | b) Existem relatórios que avaliem os custos relativos as compras, estoques e consumos dos medicamentos por classe terapêutica? | () | () | |
| 4 | 10.2. Em relação aos inventários: a) Qual sua periodicidade? _____ | | | |
| | b) Qual a acurácia (precisão) obtida no último inventário? _____ % | | | |

OBSERVAÇÕES GERAIS:



Término às _____ horas do dia _____ de _____ 20_____.

Assinatura: _____ Fiscal: _____

Nome: _____

Função: _____

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- a) Fiscal do CRF/Pr irá analisar os documentos apresentados pelo farmacêutico responsável do estabelecimento ou efetuar avaliação "in loco" quando necessário.
- b) Após análise o Fiscal deverá preencher o formulário assinalando o "SIM" ou o "NÃO" de acordo com os documentos ou procedimentos apresentados.
- c) Quando a farmácia não dispuser do serviço, deve ser assinalado "ND".
- d) Quando a farmácia atender os requisitos do item, deve ser assinalado "SIM".
- e) Quando a farmácia não atender os requisitos do item, deve ser assinalado "NÃO".
- f) Quando ocorrer de algum item apresentar vários requisitos descritos e um ou mais deles não forem atendidos, assinalar "NÃO" e circular a letra que identifique os não atendidos.
- g) O CRF enviará um instrumento de avaliação antecipadamente ao diretor do hospital e/ou farmacêutico responsável, orientando-o previamente sobre a visita e a nova sistemática de avaliação do exercício profissional bem como o propósito educativo e preventivo desta nova sistemática de avaliação e acompanhamento.
- h) O hospital (diretor e/ou farmacêutico responsável) deverá manter disponível para o momento da visita, os documentos necessários para a constatação dos requisitos, como: certificados, planilhas, formulários, fichas, cadastros, mapas, etc.