

Local da inspeção:	Data: / /	Fonte de Ação: () Programada () Não Programada Nº
Responsável:		LEGENDA: S - SIM N- NÃO N/A - NÃO SE APLICA

ITENS VERIFICADOS		S	N	N/A	OBSERVAÇÃO
1	Verificação da Temperatura da geladeira e ambiente em dia?				
2	Temperatura da geladeira e ambiente dentro dos padrões estabelecidos?				
3	Possui local específico para armazenamento de materiais?				
4	Há excesso de mat/med ou dietas no setor? (multi doses, devoluções não realizadas, etc)				
5	Estoque de medicamentos e materiais médicos dentro do necessário? (Se acima da cota, realizar a recolha dos excessos)				
6	Os medicamentos estão armazenados de forma correta?				
7	Todos os materiais médicos encontrados estão dentro do prazo de validade?				
8	Todos os medicamentos encontrados estão dentro do prazo de validade (ver na geladeira, gaveta de frascos e gaveta de psico)?				
9	Todos os psicotrópicos estão armazenados em armário com chave?				
10	Os frascos de medicamentos multi doses estão corretamente identificados?				
11	O re-cálculo da validade dos medicamentos multidoso está correto?				
12	Os frascos multi doses estão dentro do prazo de validade considerado após a abertura?				
13	Os formulários de rastreabilidade das multi doses estão sendo corretamente preenchidos?				
14	Os medicamentos diluídos e armazenados na geladeira estão identificados com data da diluição e tempo de estabilidade conforme o guia farmacoterapêutico do hospital?				
15	O local para descarte dos cascos de medicamentos (descarpak) está adequado?				
16	O local de preparo de medicamentos injetáveis está em ordem e higienizado?				
17	Dentre as prescrições analisadas, houve evidência quanto a omissão de dose terapêutica prescrita para o paciente?				
18	Há amostra grátis de medicamentos no setor?				
19	Todos os carrinhos de parada do setor encontram-se devidamente lacrados com lacre azul e os códigos do lacre conferem com os dados da última conferência?				
20	Encontrado algum tipo de não-conformidade, fora das relacionadas na lista de verificação? Relate.				

INVESTIGAÇÃO: CAUSA REAL OU PONTENCIAL DA NÃO CONFORMIDADE

() MÃO DE OBRA () MÉTODO () MÁQUINA/EQUIPAMENTO () MEIO AMBIENTE () MATERIAL

PLANO DE AÇÃO

	O QUE (AÇÃO CORRETIVA)	QUEM (RESPONSÁVEL)	COMO (IMPLEMENTAÇÃO)	QUANDO (PRAZO)
1				
2				
3				
4				
5				

ASSINATURA E CARIMBO DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO SETOR