

**Protocollo** \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_, si sono recati presso L'IMPIANTO DI CURA/ATTIVITA' ZOOIATRICA \_\_\_\_\_

**TIMBRO:**

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_, fax: \_\_\_\_\_

di cui è direttore sanitario il/la Dr/Dott.ssa. \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine di \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_,

alla presenza del/della Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di

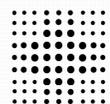
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo Professionale

della Prov. di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_.

dopo essersi qualificati ha/hanno proceduto alla VERIFICA SU CONSERVAZIONE, IMPIEGO, REGISTRAZIONE DEI MEDICINALI VETERINARI

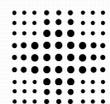
Il suddetto impianto di cura / veterinario zoiatra risulta in possesso della seguente autorizzazione alla tenuta delle scorte di medicinali veterinari:

n°..... del.....

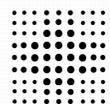


□

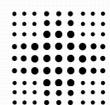
<b>CONTROLLO DOCUMENTALE E DEI FARMACI</b>	<b>GIUDIZIO DI CONFORMITA'</b>	
1. La formalizzazione della responsabilità delle scorte è mantenuta aggiornata	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO (4)	
2. E' presente ed aggiornato l'elenco dei medici veterinari che possono utilizzare le scorte	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	
3. L'approvvigionamento dei farmaci in scorta avviene con RNRTC per tutte le tipologie di farmaco ((anche per farmaci ad uso umano)	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (6) <input type="checkbox"/> NO (10)	
4. Le ricette sono compilate in maniera completa in ogni parte	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	
5. Presenza del registro di carico scarico dei farmaci: - per il carico: conservazione della documentazione di acquisto - per lo scarico: solo per i farmaci somministrati ad animali DPA e per le confezioni intere di farmaci consegnate al proprietario di animali nDPA	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4) <input type="checkbox"/> NA	
6. Conformità del registro(numerazione e vidimazione del servizio veterinario)	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO (4) <input type="checkbox"/> NA	
7. Presenza di medicinali stupefacenti compresi nella tab II sez A,B,C del DPR 309/90 e sue modifiche	<input type="checkbox"/> SI (2) <input type="checkbox"/> NO (0)	



8. Se si, sono conservati in armadietto chiuso sotto la responsabilità del direttore sanitario	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO (4)	
9. Presenza del registro di carico e scarico dei medicinali stupefacenti compresi nella tab II sez A,B,C del DPR 309/90 e sue modifiche vidimato e firmato dal Sindaco all'atto della sua costituzione	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (10) <input type="checkbox"/> NA	
10. Sono presenti le relative richieste di acquisto effettuate ad una farmacia o grossista autorizzato	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	
11. Solo per impianti di cura: presenza di scorte di: - medicinali umani, - medicinali umani per solo uso ospedaliero, purché non esistano anche in confezioni cedibili al pubblico - medicinali umani prescrivibili solo da uno specialista	<input type="checkbox"/> SI (4) <input type="checkbox"/> NO (0)	
12. Solo per impianti di cura: sono presenti farmaci ad uso ospedaliero e farmaci prescrivibili solo da uno specialista contenenti antimicrobici (sono vietati)	<input type="checkbox"/> SI (10) <input type="checkbox"/> NO (0)	
13. Registrazione del carico-scarico dei medicinali umani per solo uso ospedaliero e medicinali umani prescrivibili solo da uno specialista <b>-requisito non obbligatorio ma auspicabile-</b>	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)) <input type="checkbox"/> NA	



14.E' presente Ossigeno medicale	<input type="checkbox"/> SI (2) <input type="checkbox"/> NO (0) <input type="checkbox"/> NA	
15.Se si, la relativa bombola è provvista di etichetta con AIC, n° di lotto , data di revisione e scadenza	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	
16.I medicinali sono custoditi in luogo idoneo	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (10)	
17.Presenza di farmaci scaduti non idoneamente identificati e separati dagli altri	<input type="checkbox"/> SI (10) <input type="checkbox"/> NO (0) <input type="checkbox"/> NA	
18.Documentazione relativa alla eliminazione dei farmaci scaduti o inutilizzati	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO (4) <input type="checkbox"/> NA	
19.Presenza di sistemi per il mantenimento della temperatura idonea dei medicinali	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO (4)	
20.Il numero di lotto è sempre presente e leggibile sulle confezioni e sulla documentazione di acquisto dei farmaci	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> sì (2) <input type="checkbox"/> no (3) <input type="checkbox"/> NO (4)	
21.Sono presenti campioni gratuiti	<input type="checkbox"/> SI (2) <input type="checkbox"/> NO(0)	
22. Se si, il rappresentante ha lasciato il documento di scarico relativo alla consegna	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO(4)	



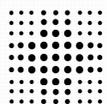
23.E' presente un registro dei trattamenti in deroga praticati su animali DPA	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO(4) <input type="checkbox"/> NA	
24.Sono presenti eventuali segnalazioni di effetti collaterali e di sospette diminuzioni di efficacia	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO(4) <input type="checkbox"/> NA	
25.Negli impianti di cura sono presenti delle procedure per la sanificazione degli strumenti utilizzati e dei locali	<input type="checkbox"/> SI (0) <input type="checkbox"/> NO(10) <input type="checkbox"/> NA	

**Tabella 1**

<b>Tipologia di non conformità</b>	<b>Punteggio aggiuntivo</b>		
Sanzione amministrativa	<b>Punteggio parziale + 20</b>		
Denuncia all'autorità giudiziaria	<b>Punteggio parziale + 30</b>		
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	<b>BASSO RISCHIO</b>	<b>MEDIO RISCHIO</b>	<b>ALTO RISCHIO</b>

**RISCHIO: BASSO (fino a 50)    MEDIO ( da 51 a 70)    ALTO ( maggiore 71)**

ESITO DEL SOPRALLUOGO	PRESCRIZIONI
FAVOREVOLE	
FAVOREVOLE CONDIZIONATO all'effettuazione di adeguamenti (descritti di seguito) strutturali e/o funzionali, necessari e sufficienti, da effettuarsi entro il tempo massimo indicato nella formale comunicazione dell'autorità competente.	
SFAVOREVOLE	



**VERBALIZZANTI:**

eventuale documentazione acquisita

eventuali annotazioni

Località ..... data |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

**LEGALE RAPPRESENTANTE VERBALIZZANTI**

eventuale documentazione acquisita

eventuali annotazioni

Località ..... data |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....

Sig./Dr..... qualifica..... Firma.....