

**CHECK LIST CONTROLLO UFFICIALE
PRESSO "FARMACIE E PARAFARMACIE"**

Rev. 01/03/2013

Pag. 1 di 5

Protocollo _____

data _____

In data _____ alle ore _____, il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____, si sono recati presso la Farmacia denominata _____,

con sede nel Comune di _____ via _____ tel.: _____, fax: _____

di cui è titolare il/la Dr./Dr.ssa. _____, nato/a a _____ il _____,

residente nel Comune di _____ in via _____ tel.: _____, fax.: _____, alla

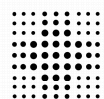
presenza del/della Dr./Dr.ssa _____ nato/a _____ il _____ residente nel Comune di

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

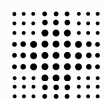
della Prov. di _____ al n. _____.

dopo essersi qualificati ha/hanno proceduto alla VERIFICA SU CONSERVAZIONE, REGISTRAZIONE E VENDITA DEI MEDICINALI VETERINARI E DELLE SOSTANZE FARMACOLOGICAMENTE ATTIVE.

La Farmacia è in possesso dell'autorizzazione n.: _____, rilasciata il _____.



GESTIONE MEDICINALI	GIUDIZIO DI CONFORMITA'	EVIDENZE
1. I medicinali veterinari non devono essere direttamente raggiungibili da parte dei clienti o persone non autorizzate alla loro manipolazione	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (3) ☐ NO (4)	
2. Presenza di un criterio di stoccaggio ordinato dei medicinali (es. in ordine alfabetico, per classe terapeutica, per ditta produttrice, ecc.)	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (3) ☐ NO (4)	
3. Presenza di locale/contenitore chiuso a chiave e appositamente dedicato ai medicinali stupefacenti (se autorizzato)	☐ SI (1) ☐ NO (4)	
4. Presenza di medicinali veterinari non correttamente confezionati	☐ SI (1) ☐ NO (4)	
5. Presenza di medicinali veterinari non conformemente conservati	☐ SI (1) ☐ NO (4)	
6. Presenza di medicinali veterinari scaduti o avariati	☐ SI (1) ☐ NO (4)	
7. La registrazione in entrata delle transazioni commerciali di medicinali veterinari sono assolute se la documentazione in entrata contiene tutte le seguenti informazioni:	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (3) ☐ NO (4)	
- data della transazione		
- identificazione del medicinale veterinario		
- n° di lotto		
- data di scadenza		
- quantità movimentata		
- nome e indirizzo del fornitore o destinatario		
- presenza di fatture di acquisto (ultimi 5 anni)		



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanità Locale di Reggio Emilia

Dipartimento Sanità Pubblica

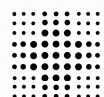
Servizio Sanità Pubblica Veterinaria

**CHECK LIST CONTROLLO UFFICIALE
PRESSO "FARMACIE E PARAFARMACIE"**

Rev. 01/03/2013

Pag. 3 di 5

8. La registrazione delle transazioni relative alla vendita al dettaglio di medicinali veterinari è assolta con la conservazione delle ricette per il periodo minimo stabilito: • RNRT recante il n. di lotto per almeno 5 anni • RNR per almeno 6 mesi se destinata ad animali da compagnia e per almeno 5 anni se destinata ad animali DPA e per prescrizioni in deroga animali non DPA.	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (3) ☐ NO (4)	
9. Verifica incrociata a campione della corrispondenza fra situazione di magazzino e documentazione di entrata – uscita: MEDICINALI CONTROLLATI: _____ _____ _____	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (8) ☐ NO (12)	
10. Tutta la documentazione in entrata ed in uscita dei medicinali Veterinari è conservata separatamente da quella dei Medicinali per uso umano	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (3) ☐ NO (4)	
11. Presenza di ricette compilate in maniera completa nei campi obbligatori in funzione della tipologia di prescrizione (terapia/scorta)	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (3) ☐ NO (4)	
12. Presenza procedura per il ritiro di farmaci sottoposti a provvedimenti in cui siano presenti tutti gli elementi per la loro tracciabilità : (produttore, rivenditore, id. prodotto, registrazione acquisto, scadenza, registrazione di vendita)	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (3) ☐ NO (4)	



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanità Locale di Reggio Emilia

Dipartimento Sanità Pubblica

Servizio Sanità Pubblica Veterinaria

**CHECK LIST CONTROLLO UFFICIALE
PRESSO "FARMACIE E PARAFARMACIE"**

Rev. 01/03/2013

Pag. 4 di 5

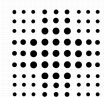
13.presenza di registri compilati di carico e scarico delle sostanze farmacologicamente attive da tenere a disposizione dell'autorità competente <u>per almeno tre anni</u> .	☐ SI (1) ☐ sì (2) ☐ no (8) ☐ NO (12)	
PUNTEGGIO PARZIALE		

Tabella 1

Tipologia di non conformità	Punteggio aggiuntivo		
Prescrizione	Punteggio parziale + 10		
Sanzione amministrativa	Punteggio parziale + 20		
Denuncia all'autorità giudiziaria	Punteggio parziale + 30		
PUNTEGGIO TOTALE	BASSO RISCHIO	MEDIO RISCHIO	ALTO RISCHIO

RISCHIO: BASSO (< 25) MEDIO (25 – 50) ALTO (> 50)

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

Localitàdata / /

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

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

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

LEGALE RAPPRESENTANTE VERBALIZZANTI

eventuale documentazione acquisita

eventuali annotazioni

Localitàdata / /

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

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

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