

(LOGO E INTESTAZIONE ATS)

ISPEZIONE PREVENTIVA DELLE FARMACIE

Ai sensi dell'art. 111 del T.UU.LL.SS. e l.r. 33/2009 e smi

VERBALE N. ____ del ____

* = *cancellare la voce che non interessa*

Il giorno ____ del mese _____ dell'anno _____ alle ore _____

i sottoindicati componenti della Commissione/sottocommissione* Ispettiva

(Cognome Nome) Farmacista ATS– Presidente_____
(Cognome Nome) Farmacista designato dall' OdF_____
(Cognome Nome) Funzionario /dipendente* del ruolo amministrativo ATS con funzioni di Segretario verbalizzante

hanno proceduto all' ispezione preventiva per il seguente motivo:

<input type="checkbox"/>	trasferimento locali definitivo
<input type="checkbox"/>	trasferimento locali provvisorio
<input type="checkbox"/>	nuova apertura

della farmacia (*denominazione*)_____
Cod. ____ (se applicabile)

della sede farmaceutica n. _____ del Comune di _____

ubicata in: via/piazza, n. _____

Pec: _____

ogni variazione relativa all'indirizzo PEC sopra indicato dovrà essere tempestivamente comunicata a (inserire la struttura con i relativi recapiti)

in presenza del dr _____

<input type="checkbox"/>	titolare persona fisica
<input type="checkbox"/>	direttore responsabile

E di _____ qualifica _____

1. ORGANIZZAZIONE DEI LOCALI

1.1	Sono esistenti tutti i locali descritti sulla planimetria depositata agli atti dell'ATS	SI	NO	
1.2	Le destinazioni d'uso dei locali sono corrispondenti con quelle indicate nella planimetria depositata agli atti dell'ATS	SI	NO	
1.3	Alla farmacia sono annessi locali adibiti all'uso di ambulatorio medico-chirurgico direttamente comunicanti con la stessa	SI	NO	
1.4	La farmacia è dotata di sistema per la dispensazione dei farmaci a battenti chiusi. Specificare:.....	SI	NO	
1.5	La farmacia è dotata di armadio chiuso a chiave dedicato unicamente alla conservazione delle sostanze e dei medicinali stupefacenti così come previsto dalla normativa vigente	SI	NO	
1.6	La farmacia è dotata di armadio chiuso a chiave dedicato unicamente alla custodia delle sostanze velenose, tossiche	SI	NO	
1.7	Sono presenti gli apparecchi e gli utensili da detenersi obbligatoriamente in farmacia	SI	NO	
1.8	È presente la documentazione relativa alle apparecchiature (manuali di istruzione ecc.)	SI	NO	NA
1.9	L' area destinata alla preparazione di medicinali galenici risponde ai requisiti previsti dalle Norme di Buona Preparazione o Norme Semplificata D.M. 18.11.2003	SI	NO	
1.10	La farmacia è dotata di insegna luminosa a forma di croce di colore verde	SI	NO	
1.11	Esiste idonea attrezzatura per l'esposizione al pubblico dell'orario di apertura, di chiusura e i turni di servizio	SI	NO	
1.12	Sono presenti apparecchiature che consentono la registrazione continua della temperatura ambientale dei locali dove sono stoccati, preparati o dispensati i prodotti farmaceutici al fine di garantire il rispetto delle condizioni di conservazione riportate in etichetta	SI	NO	
	Il frigorifero è dotato di apparecchiature che consentono la registrazione continua della temperatura ambientale al fine di garantire il rispetto delle condizioni di conservazione riportate in etichetta			
1.14	È stato individuato uno spazio per la conservazione delle bombole di ossigeno nel rispetto delle indicazioni di sicurezza precisate nella scheda tecnica	SI	NO	
1.15	È stata individuata un'area dedicata per la detenzione dei medicinali non vendibili (guasti, imperfetti, scaduti, destinati alla distruzione ecc.)	SI	NO	
1.16	In caso di erogazione di servizi aggiuntivi (c.d. autoanalisi) le attrezzature in uso:			
A)	sono dotate di marcatura CE	SI	NO	NA
B)	sono corredate di procedura di uso e di manuale di istruzioni	SI	NO	NA
C)	sono corredate di la documentazione di manutenzione e convalida	SI	NO	NA

Paragrafo 2
Osservazioni e prescrizioni della Commissione:

Dichiarazioni a verbale:

<input type="checkbox"/>	titolare persona fisica
<input type="checkbox"/>	direttore responsabile
<input type="checkbox"/>	legale rappresentate o suo delegato

fa presente, in merito all'ispezione:

Visto il risultato dell'ispezione effettuata, si esprime:

<input type="checkbox"/>	parere favorevole
<input type="checkbox"/>	parere contrario

in merito all'autorizzazione

<input type="checkbox"/>	Al trasferimento locali definitivo
<input type="checkbox"/>	Al trasferimento locali provvisorio
<input type="checkbox"/>	Alla nuova apertura

<input type="checkbox"/>	senza condizioni
<input type="checkbox"/>	a condizione che, entro il _____ , si sia ottemperato a quanto evidenziato nelle osservazioni e prescrizioni di cui al paragrafo 2.

Dell'ottemperanza agli adempimenti prescritti il titolare/direttore/legale rappresentante dovrà darne comunicazione alla competente struttura dell'ATS (**inserire la struttura con i relativi recapiti**)

Di quanto sopra è stato redatto il presente verbale in duplice esemplare, uno dei quali è consegnato al Titolare/Direttore Responsabile e l'altro è trasmesso al Servizio Farmaceutico dell'ATS per il seguito di competenza. Una copia è trasmessa anche all'Ordine dei Farmacisti e, ove previsto, al Comune.

Si dà atto che le operazioni di controllo, iniziate alle ore _____ del _____
sono state interrotte alle ore _____ del _____
sono state riprese alle ore _____ del _____
sono state ultimate alle ore _____ del _____

Letto e sottoscritto (possibile firma digitale) in data e luogo di cui sopra

Il Farmacista dell'ATS _____

Il Farmacista designato dall'Ordine _____

Il titolare persona fisica/direttore responsabile della farmacia _____

Il Segretario verbalizzante: _____