|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VERBALE DI ISPEZIONE ALLE FARMACIE** | | | | | |
| **ai sensi dell’art. 127 T.U.LL.SS. 1265/1934 e art.16 L.R n. 2/2016 e s.m.i.** | | | | | |
| VERBALE N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |
| Il giorno del mese dell’anno alle ore | | | | | |
| I sottoscritti, designati dal Direttore Generale dell'Azienda USL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 16 della L.R. n. 2/2016: | | | | | |
| Farmacista AUSL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Medico Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Amministrativo AUSL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| hanno proceduto all'ispezione □ ORDINARIA □ STRAORDINARIA | | | | | |
| della **FARMACIA** (denominazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sede Farmaceutica N° del Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ubicata in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TITOLARE: □ Impresa individuale □ Società □ Altro  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La FARMACIA è autorizzata all’utilizzo di un locale distaccato? □ SI □ NO  Se SI il locale distaccato, ubicato in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  è autorizzato per attività di (spuntare quanto di interesse):   * 1. Magazzino   2. Laboratorio galenico   3. Servizi sanitari della Farmacia dei Servizi (inclusi test antigenici)   4. Somministrazione vaccini   Per le attività di cui ai **punti a.-b**. il locale distaccato è *inaccessibile al pubblico e senza insegna?* □ SI □ NO  Per le attività di cui ai **punti c.-d.** il locale distaccato è *dotato di insegna che consenta di collegare i servizi erogati alla farmacia cui afferiscono?* □ SI □ NO  Per le attività di cui ai **punti c.-d.,** all’esterno dei locali (principali e distaccati) è esposto un cartello indicante i servizi sanitari erogati e l’eventuale presenza di professionisti sanitari (infermiere, fisioterapista)? □ SI □ NO  Il locale distaccato è condiviso con altra farmacia (solo se applicabile)? □ SI □ NO  Se SI indicare la farmacia con cui si condivide il locale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  In presenza ed in contraddittorio del/della Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □Titolare □ Direttore Responsabile □ Gestore provvisorioù | | | | | |
| **Si conviene che le indagini svolte nel corso della visita ispettiva siano effettuate a campione** | | | | | |
| 1. **GESTIONE AMMINISTRATIVA** | | | | | |
| La Farmacia è autorizzata con:  decreto/documento n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se presente, il locale distaccato è autorizzato con:  decreto/documento n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 1. **PERSONALE**   **□ Titolare:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se persona fisica, iscritto all’Albo professionale della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ **Direttore Responsabile** (se diverso dal Titolare) è il Dott./Dott.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  iscritto all’Albo professionale della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Art. 11, 2° Comma L. 2/4/1968, n. 475 Art 7 comma 3 Legge 362/91)*  È presente alla visita *(Art.50 R.D 176/38)*? □ SI □ NO  Se non presente (assenza superiore a 3 giorni), ha dato comunicazione alla ASL della sua sostituzione? □ SI □ NO  *(DPR 1275/71)*  Viene nominato/a il Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| I Farmacisti addetti al servizio sono: | | | | | |
|  | Cognome | Nome | N.ro iscrizione ordine | Provincia ordine | Presente/Assente (P/A) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

a) È stata comunicata all’ASL l’assunzione in servizio dei suddetti farmacisti? (*Art.12 DPR 1275/71)* □ SI □ NO Se no, indicare:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| b) I Farmacisti indossano il camice bianco e il distintivo dell’Ordine? □ SI □ NO  *(Art. 7 Codice Deontologico del Farmacista e CN. 07/05/2018)* | |
| c) Il personale non farmacista dichiarato dal Titolare/Direttore è costituito da: | |
| **Nominativo** | **Qualifica (commesso, magazziniere, tirocinante…)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| d) Il personale non farmacista prende parte alla preparazione galenica di medicinali e/o spedizione di ricette?  *(Art. 348 C.P)* □ SI □ NO | |
| e) Se presente (ad eccezione dei tirocinanti in farmacia), indossa un camice di colore diverso dal bianco? □ SI □ NO | |

**2. INSEGNE E AVVISI AL PUBBLICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) La farmacia è dotata di croce verde | SI | NO |
| b) Se extraurbana, è luminosa? *(Art. 13 comma 12 L.R.2/2016)* | SI | NO |
| c) Sono esposti al pubblico l'orario di apertura/chiusura della Farmacia e i turni di servizio diurno, notturno e festivo delle Farmacie limitrofe della provincia?  *(Art. 13 L.R. 2/2016; Art. 119, 3°c T.U. LL SS.; Art. 29, 1°c. R.D. 1706/38)* | SI | NO |
| d) I locali sono privi di pubblicità in favore di esercenti altre professioni sanitarie e/o di strutture sanitarie e/o di specialità medicinali e/o presidi medico chirurgici non autorizzati dal Ministero della Salute?  *(Art. 20 e Art. 25 Cod. Deontologico del Farmacista C.N. 07/05/2018; Art. 201 T.U. LLSS e Art 118 D.lgs. 219/2006)* | SI | NO |

**3. DOTAZIONI SPECIFICHE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) La farmacia è dotata di idoneo sistema per la dispensazione a battenti chiusi? | SI | NO |
| b) Il servizio di turno si svolge per chiamata telefonica del farmacista in reperibilità? | SI | NO |
| c) In caso affermativo:   * Ne è stata data comunicazione al Comune e all’Azienda USL di riferimento? * Il citofono è in grado di attivare la chiamata telefonica del farmacista reperibile? | SI  SI | NO  NO |

**4. TESTI OBBLIGATORI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) La Farmacopea Ufficiale vigente, con relativi aggiornamenti è detenuta in farmacia?  *(Art. 123 T.U.LL.SS.)* | SI | NO |
| b) La Tariffa Nazionale dei Medicinali è detenuta e resa disponibile al pubblico?  *(Art.123 T.U.LL.SS.)* | SI | NO |
| c) Sono conservati i verbali delle precedenti ispezioni? *(Art.50 R.D. 1706/38)* | SI | NO |
| d) In caso di urgenza, la consegna di medicinali senza ricetta ma con obbligo di prescrizione medica viene documentata? *(DM della Salute del 31/03/2008)* | SI | NO |
| e) È presente una copia dell’elenco “Liste Ministeriali di trasparenza” a disposizione del pubblico per la fornitura di medicinale a prezzo più basso del prescritto qualora non sia indicata la non sostituibilità del farmaco, anche eventualmente in formato elettronico? *(Art.1 Legge n. 149/2005)* | SI | NO |

1. **ASPETTI IGIENICO-SANITARI**

**ORGANIZZAZIONE DEI LOCALI: CARATTERISTICHE GENERALI**

**5. FARMACIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) I locali e le destinazioni d’uso sono conformi all’ultima planimetria depositata agli atti dell’AUSL di competenza? | SI | NO |
| b) L'assetto generale e di manutenzione dei locali adibiti alla conservazione dei medicinali e/o di altri prodotti sono soddisfacenti sotto l’aspetto igienico-sanitario? | SI | NO |
| c) L'assetto generale e di manutenzione dei locali adibiti alla **dispensazione** dei medicinali e/o di altri prodotti sono soddisfacenti sotto l’aspetto igienico-sanitario? | SI | NO |
| d) È presente un condizionatore d’aria o altro dispositivo atto ad assicurare la temperatura ambientale nei limiti delle vigenti norme? | SI | NO |
| e) La farmacia è priva di locali direttamente comunicanti con la stessa ed adibiti all’uso di ambulatorio medico? *(Art. 193 T.U.LL.SS. e art.45 R.D. n. 1706/38)* | SI | NO |
| f) Il locale spogliatoio è dotato di armadietti a doppio scomparto, uno per ciascun dipendente? | SI | NO |
| g) Ambiente di vendita, laboratorio galenico, magazzino sono separati dai servizi igienici (quindi forniti di antibagno)? | SI | NO |
| h) I servizi igienici sono ad esclusivo uso del personale e sono costituiti da bagno, antibagno, locale spogliatoio? | SI | NO |
| i) Il bagno e l’antibagno hanno pareti e pavimenti lavabili? | SI | NO |
| l) Il lavabo è dotato di erogatore non manuale, distributore di sapone liquido o in polvere, asciugamano non riutilizzabile? | SI | NO |

**6. LOCALE DISTACCATO** (se in uso)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) Le prestazioni che si intendono svolgere nei locali sono diverse da quelle svolte nei locali principali della farmacia? | SI | NO |
| b) È presente la documentazione attestante l'agibilità e la conformità edilizia? | SI | NO |
| c) Sono presenti i servizi igienici per il personale? | SI | NO |
| d) Se sì, sono costituiti da bagno, antibagno, locale spogliatoio? | SI | NO |
| e) Il bagno e l’antibagno hanno pareti e pavimenti lavabili? | SI | NO |
| f) Il lavabo è dotato di erogatore non manuale, distributore di sapone liquido o in polvere, asciugamano non riutilizzabile? | SI | NO |
| g) Il locale spogliatoio è dotato di armadietti a doppio scomparto, uno per ciascun dipendente? | SI | NO |
| h) Sono presenti i servizi igienici per l'utenza? | SI | NO |
| 1. Sono esposti al pubblico l’orario di apertura/chiusura? (NB: solo se i locali sono adibiti ad attività con accesso al pubblico) | SI | NO |
| j) Sono esposti avvisi di pubblicità concernenti l'esercizio delle professioni sanitarie, o di specialità medicinali, o di dispositivi medici non autorizzati dal Ministero della Salute? | SI | NO |

**7. REQUISITI GENERALI DELLA FARMACIA DEI SERVIZI *(D. Lgs 153/2009 e s.m.i. e* DGR 247/2024*)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) La farmacia prevede l’erogazione dei servizi aggiuntivi come regolamentati dal D. Lgs 153/2009 e successivi decreti attuativi DM 16/12/2010? | SI | NO |
| b) Tali servizi sono erogati:  □ nella FARMACIA □ in LOCALE DISTACCATO | | |
| c) Quali servizi vengono erogati?  Prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell’ambito dell’autocontrollo effettuabili in farmacia:   * test per la glicemia; * test per colesterolo e trigliceridi; * test per la misurazione in tempo reale di emoglobina, emoglobina glicata, creatinina, transaminasi, ematocrito; * test per la misurazione di componenti delle urine quali acido ascorbico, chetoni, urobilinogeno, bilirubina, leucociti, nitriti, pH, sangue, proteine, esterasi leucocitaria; * test ovulazione, test gravidanza, test menopausa per la misura dei livelli dell’ormone FSA nelle urine; * test colon-retto per la rilevazione di sangue occulto nelle feci. * Altro ……………………………………………………………………………………………………………………………   Dispositivi strumentali per i servizi di secondo livello utilizzabili in farmacia (art. 3 del DM 16/12/2010):   * dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa; * dispositivi per la misurazione della capacità polmonare tramite auto-spirometria; * dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della saturazione % di ossigeno; * dispositivi per la misurazione con modalità non invasiva della pressione arteriosa e dell’attività cardiaca in collegamento funzionale con centri di cardiologia accreditati dalle Regioni; * dispositivi per l’effettuazione di elettrocardiogrammi ECG con modalità di tele-cardiologia da effettuarsi in collegamento con centri di cardiologia accreditati dalle Regioni; * dispositivi semiautomatici per la defibrillazione nel rispetto della L .120/2001 s.m.i. e Accordo Stato-Regioni 27/02/2003. * Altro…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| d) La farmacia esegue test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare e/o orofaringeo? | SI | NO |
| e) Se sì, lo smaltimento dei rifiuti avviene in conformità del DPR 254/2003, ovvero in appositi contenitori adatti per rifiuti a rischio infettivo? | SI | NO |
| f) Per quanto riguarda le prestazioni analitiche di prima istanza, Il farmacista informa l’utente, anche tramite apposita cartellonistica esposta, che i risultati dei test devono essere condivisi e verificati con il medico? | SI | NO |
| g) Per quanto riguarda le prestazioni erogabili con dispositivi strumentali, è presente una poltrona reclinabile o lettino igienizzabili o con l'utilizzo di lenzuolini monouso in caso di effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di tele cardiologia? | SI | NO |
| h) La documentazione relativa alle attrezzature/apparecchiatura (manuale di istruzione, certificati relativi alla manutenzione e convalida) è opportunamente conservata? | SI | NO |
| i) Sono presenti i contenitori per smaltimento dei rifiuti speciali? | SI | NO |
| j) È presente una corretta gestione dell’attività di autoanalisi (pulizia tra un cliente e l’altro, contenitore per taglienti, materiale monouso, aiuto all’autoanalisi…)? | SI | NO |
| k) È stato stipulato un contratto con una ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti speciali? | SI | NO |
| l) È esposta l’indicazione delle tipologie di prestazioni analitiche disponibili agli utenti? | SI | NO |
| m) É stata effettuata la comunicazione alla azienda Ausl sui servizi offerti e sul possesso/rispetto dei requisiti? | SI | NO |
| n) Il farmacista titolare o direttore ha accertato che i professionisti sanitari che operano in farmacia siano in possesso dei requisiti per l’esercizio della specifica professione? | SI | NO |
| o) Il farmacista titolare o direttore conserva agli atti la lettera di accettazione d’incarico firmata dal professionista? | SI | NO |
| p) Il farmacista titolare o direttore ha esposto nei locali della farmacia, in modo chiaro e leggibile, l'indicazione delle tipologie di prestazioni sanitarie disponibili e le tipologie professionali che erogano le prestazioni? | SI | NO |
| q) Sono riportati i compiti e le responsabilità degli infermieri e degli eventuali operatori sociosanitari a supporto (non affiancamento) di questi ultimi, nel rispetto degli specifici profili professionali? | SI | NO |
| r) È presente il Documento di Valutazione del Rischio (DVR) e le procedure/istruzioni operative atte ad assicurare la prevenzione e il controllo delle infezioni, come previsto nella DGR 247/2024? | SI | NO |
| s) È presente il Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti - “DUVRI” (art. 26 co. 3 D. Lgs. 81/08 e s.m.i), in caso di esecuzione di prestazioni da parte di professionisti sanitari esterni e quando la prestazione sanitaria è eseguita in locali condivisi con altre farmacie? | SI | NO |

**8. REQUISITI STRUTTURALI, IGIENICO-SANITARI E PROCEDURALI (DGR 247/2024)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) L’effettuazione dei servizi avviene in spazi dedicati e/o distinti dal locale distribuzione farmaci, dalla zona magazzino e dal laboratorio galenico, quali box o locali (interni alla farmacia) nel rispetto della privacy del paziente? | SI | NO |
| b) Le prestazioni sono effettuate in un locale distaccato, ai sensi DGR 446/2023? (se SÌ, fare riferimento al verbale locali distaccati) | SI | NO |
| **Se NO**:  Le prestazioni sono erogate a farmacia chiusa in uno spazio dedicato diverso dal banco vendita, dal laboratorio di galenica e dal magazzino? | SI | NO |
| **Se SÌ**:  il locale della farmacia (anche esterno, come previsto dalla DGR 446/2023) presenta una superficie non inferiore a 9 mq e un’altezza non inferiore a 2,70 m (parete a tutta altezza)? | SI | NO |
| c) Nel caso di box, esso presenta pareti fisse/mobili - non tende – non a tutta altezza con divisori alti 2,20 m, spazio libero fino al soffitto di almeno 0,50 m e superficie di ciascun box di almeno 6 mq? | SI | NO |
| d) **Il locale e/o il box sono dotati di:** | | |
| * Pavimenti lavabili | SI | NO |
| * Pareti lavabili per un’altezza non inferiore a 2,0 m | SI | NO |
| * Porte lavabili | SI | NO |
| * Lavabo in acciaio o ceramica (attivato a pedale, a fotocellula, a leva…), attrezzato con dispensatore di sapone e/o detergente antisettico e con salviette monouso, in alternativa il lavabo del bagno della farmacia | SI | NO |
| * Idonea seduta igienizzabile (sedia/poltrona reclinabile/lettino e relative protezioni usa e getta, in funzione delle prestazioni effettuate) | SI | NO |
| * Locale/spazio o armadio per deposito attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità | SI | NO |
| * Spazio attrezzato/armadiatura chiuso per il deposito di materiale pulito | SI | NO |
| * Spazio/contenitore chiuso per il deposito di materiale sporco | SI | NO |
| * Contenitore chiuso per rifiuti a rischio infettivo e un contenitore chiuso per taglienti/pungenti (D.P.R. 254/2003), collocati e stoccati in modo da non costituire rischio per operatori e utenti, garantendo gli adempimenti previsti dalla norma | SI | NO |
| e) Il locale è dotato di aero-illuminazione naturale (finestre e porte vetrate salvo possibili deroghe valutate caso per caso e approvate (D. Lgs 81/2008)? | SI | NO |
| f) Il locale è opportunamente arieggiato in modo tale da garantire un costante ricambio d'aria? | SI | NO |
| g) **Il locale garantisce:** | | |
| * disinfezione delle superfici ad alta frequenza di contatto | SI | NO |
| * indicazioni per igiene mani | SI | NO |
| * soluzione idroalcolica igienizzante | SI | NO |
| * accesso di un utente alla volta | SI | NO |
| h) Le prestazioni e i servizi sono erogati con accesso e percorsi fruibili a pazienti in carrozzina o che utilizzano deambulatori o altri ausili per la deambulazione? | SI | NO |
| i) Il box/locale è idoneo a consentire l’ingresso del personale e della relativa attrezzatura per interventi di primo soccorso, e contenere dispositivi di primo soccorso (Allegato 1 al D.M. 388/2003 “Contenuto minimo della cassetta di pronto soccorso” sotto riportato)?   * guanti sterili monouso (5 paia); * visiera paraschizzi; * flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1); * flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml (3); * compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10); * compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2); * teli sterili monouso (2); * pinzette da medicazione sterili monouso (2); * confezione di rete elastica di misura media (1); * confezione di cotone idrofilo (1); * confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2); * rotoli di cerotto alto cm 2,5 (2); * un paio di forbici; * lacci emostatici (3); * ghiaccio pronto uso (due confezioni); * sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2); * termometro; * apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa | SI | NO |
| j) Per l’esecuzione dele prestazioni viene utilizzato esclusivamente materiale monouso? | SI | NO |
| k) SE NO La sterilizzazione avviene (barrare la casella di interesse):   * in gestione interna (verifica dei controlli effettuati sull’autoclave) * in gestione esterna. In questo caso il gestore con cui è stato stipulato il contratto è:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| l) Per l’esecuzione dele prestazioni viene utilizzato esclusivamente materiale monouso? | SI | NO |
| m) La farmacia, in caso di permanenza dei cittadini per effettuare una prestazione di durata superiore a 40 minuti, è dotata di un servizio igienico dedicato all’utenza che consenta l’accesso anche alle persone disabili? | SI | NO |
| n) Qualora la farmacia sia in attesa dell’adeguamento delle postazioni esistenti ai requisiti di cui sopra, da effettuarsi entro 3 anni dalla data della DGR 247/2024 del 20/02/2024, le prestazioni e i servizi sono erogati in ambienti/aree anche di dimensioni seppur inferiori, adatti a svolgere le varie tipologie di servizi in sicurezza e in funzione delle attrezzature che sono utilizzate, ovvero spazi dedicati distinti dai locali vendita, deposito e laboratorio galenico della farmacia dotato di dei corretti rapporti di illuminazione-aerazione naturali e altezza conforme alla normativa vigente? (D.M. 16/12/2010)? | SI | NO |

**9. SOMMINISTRAZIONE VACCINI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) La Farmacia effettua la somministrazione dei vaccini? | SI | NO |
| b) Se Sì l’esecuzione del vaccino avviene:   * in locale interno alla farmacia, separato dagli spazi destinati all’accoglienza dell’utenza e allo svolgimento delle attività ordinarie * a farmacia chiusa * in locale distaccato | | |
| c) Il locale destinato alla vaccinazione è opportunamente arieggiato in modo tale da garantire un costante ricircolo d’aria? | SI | NO |
| d) Il locale destinato alla vaccinazione è organizzato in aree distinte, separate tra loro anche da tende/pareti mobili, destinate a:   * accettazione, * preparazione della dose (qualora necessario), * somministrazione, * monitoraggio/osservazione del vaccinato   *(la zona di preparazione e quella di somministrazione possono coesistere nello stesso ambiente)* | SI | NO |
| e) La zona dedicata alla somministrazione vera e propria è dotata del carrello/borsa di emergenza di ogni seduta idonea per il cittadino di dispenser con gel disinfettante per l’igiene delle mani e di contenitori a norma per lo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti? | SI | NO |
| f) La zona per il monitoraggio destinata all’osservazione di 15 minuti della persona vaccinata è dotata di idonea seduta con lenzuolini di carta a perdere ed eventuali paraventi separatori che possono assicurare l’adeguata assistenza medica al paziente? | SI | NO |
| g) Il carrello/borsa di emergenza contiene materiale sanitario e presidi idonei alla gestione delle emergenze come di seguito riportato? | | |
| h) **DISPOSITIVI MEDICI** | | |
| Termometro a raggi infrarossi | SI | NO |
| Mascherine chirurgiche/FFP2-KN95 | SI | NO |
| Sovra camici | SI | NO |
| Fonendoscopio | SI | NO |
| Sfigmomanometro | SI | NO |
| Forbici | SI | NO |
| Pallone Ambu con relative mascherine di varie misure | SI | NO |
| Siringhe da tubercolina | SI | NO |
| Siringhe di diversa misura | SI | NO |
| Butterfly e aghi di diverse misure | SI | NO |
| Lacci emostatici | SI | NO |
| Guanti monouso di diverse misure | SI | NO |
| Cerotti a nastro | SI | NO |
| Cotone | SI | NO |
| Disinfettante | SI | NO |
| Mascherine con reservoir di varie misure | SI | NO |
| Dispositivi per fleboclisi (deflussori) | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| i) **FARMACI** | | |
| Adrenalina in forma di auto-somministrazione | SI | NO |
| Ossigeno in bombole da carrello o portatili con dotazione delle relative connessioni | SI | NO |
| Antistaminici anti H 1 (clorfeniramina maleato fiale i.m./e. v. 10mg/ml) **o cetirizina gocce** | SI | NO |
| Cortisonici (idrocortisone fiale i.m./e.v. da 100 mg e da 500mg) **metilprednisolone polvere e solvente per soluzione iniettabile uso i.m./e.v. da 20 mg, 40 mg e 125 mg.** | SI | NO |
| Broncodilatatori (salbutamolo spray) | SI | NO |
| Soluzione fisiologica in fiale da 10 ml per diluizione di farmaci | SI | NO |
| Soluzione fisiologica in flacone da 100 ml e da 250 ml per fleboclisi | SI | NO |
| Il frigorifero per la conservazione dei vaccini è dotato di un sistema di monitoraggio in continuo della temperatura?  *(Con dispositivo di registrazione continua con sistema di allarme collegato che permette di valutare la durata delle variazioni, oppure con termometri di massima e di minima con registrazione manuale della temperatura su apposito modulo almeno due volte al giorno: all’inizio e alla fine della seduta vaccinale)* | SI | NO |
| I vaccini sono posizionati nella parte centrale del frigorifero? | SI | NO |
| La farmacia ha stipulato un contratto con una ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti speciali a rischio infettivo? | SI | NO |
| j) **TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE** | | |
| Sono correttamente conservate le Schede di valutazione di idoneità/non idoneità alla vaccinazione e i moduli di consenso firmati? | SI | NO |
| I farmacisti vaccinatori sono in possesso dell’attestato di compiuta esercitazione pratica per somministrazione del vaccino? | SI | NO |
| La Farmacia si avvale, nell’attività di somministrazione vaccinale, del tutoraggio professionale di:   * Medico * Infermiere | SI | NO |
| Nel caso in cui la Farmacia si avvalga di tutoraggio professionale, ne è stata data comunicazione al Servizio Farmaceutico? | SI | NO |
| **Nelle more degli adeguamenti dei locali previsti dalla DGR 247/2024 (entro fine febbraio 2027), la vaccinazione può essere eseguita in uno degli spazi dedicati adatto a svolgere il servizio o, in assenza di spazi, a farmacia chiusa.** | | |

**10. PIANO DI AUTOCONTROLLO HACCP PERSONALIZZATO (MANUALE DI FARMACIA) (Reg.CE 178/2002 e Reg.CE 852/2004)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) È presente un sistema di autocontrollo secondo il metodo HACCP, ai sensi del Regolamento CE 852/2004 o semplificato dalla DGR1869/08? | SI | NO |
| b) Si esegue la registrazione delle non conformità rilevate e delle misure correttive adottate? | SI | NO |
| c) Sono presenti procedure/protocolli in applicazione dell’art. 18 del Reg CE 178/2002 (Rintracciabilità/Ritiro/Richiamo)? | SI | NO |
| d) È stata eseguita la manutenzione del condizionatore d’aria? | SI | NO |
| e) Le pulizie sono eseguite con periodicità adeguata (quotidiana nei locali esposti al pubblico e nei servizi igienici, 3 volte a settimana nei locali non esposti al pubblico, anche nel galenico se non si eseguono preparazioni; deragnatura trimestrale/al bisogno)? | SI | NO |
| f) Nell’ambito della derattizzazione/disinfestazione sono previste trappole/esche oppure è previsto un controllo giornaliero di eventuali segni di presenza di infestanti? | SI | NO |

**C. ASPETTI TECNICO PROFESSIONALI FARMACEUTICI**

**11. LABORATORIO GALENICO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) Il laboratorio è ubicato in:  □ FARMACIA  □ LOCALE DISTACCATO | | |
| a) Il laboratorio, risulta essere   * SEPARATO * SEPARABILE * NON SEPARABILE (se non separabile sarà obbligatoriamente applicato il DM 18/11/2003: CORNER GALENICO) | | |
| b) Se il laboratorio risulta non separabile dal resto della farmacia (corner galenico), le preparazioni sono eseguite al di fuori degli orari di apertura della farmacia, fatti salvi i casi di urgenza? | SI | NO |
| c) È mantenuto in adeguate condizioni igieniche? | SI | NO |
| d) Gli strumenti di misura (bilance…) vengono periodicamente verificati e calibrati? | SI | NO |
| e) Sono presenti gli apparecchi e gli utensili di cui alla tabella 6 della F.U. vigente? | SI | NO |
| f) Se **NO**, indicare gli apparecchi mancanti: ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| g) È stata redatta una procedura con le istruzioni relative alla pulizia del laboratorio e delle attrezzature? | SI | NO |
| h) Sono presenti materie prime dopanti di cui alla lista del DM vigente, come dichiarato dal direttore? A | SI | NO |
| i) Sono state allestite negli ultimi sei mesi preparazioni officinali o magistrali contenenti principi attivi o eccipienti appartenenti alle classi farmacologiche classificate come **sostanze dopanti,** secondo quanto dichiarato dal direttore? | SI | NO |
| 1. Se sì, è presente adeguato riscontro della trasmissione dati al Ministero della Salute, esclusivamente in modalità elettronica ed entro il 31 gennaio dell'anno, relativo alle quantità utilizzate per effettuare preparazioni galeniche di ogni singolo principio attivo, il cui impiego è considerato **doping**? | SI | NO |
| k) Il Titolare/Direttore responsabile dichiara che la farmacia effettua preparazioni seguendo:   * Norme di buona preparazione (NBP) della Farmacopea Ufficiale (F.U.) vigente (compilare punto 11.1) * Norme semplificate di cui al Decreto Ministeriale (DM) 18/11/2003 (compilare punto 11.2) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11.1 NORME DI BUONA PREPARAZIONE (NBP) DELLA FARMACOPEA UFFICIALE (F.U.) VIGENTE** | | |
| **GESTIONE DELLA QUALITÀ** | | |
| a) Sono presenti procedure scritte che definiscono le Responsabilità, la Pianificazione e la Documentazione (forma cartacea e/o elettronica) delle attività connesse con la preparazione dei medicinali? (Attribuzione delle mansioni, responsabilità, pianificazione attività preparative) | SI | NO |
| b) È stata redatta una procedura relativa alle mansioni del personale? | SI | NO |
| c) Le pareti, il soffitto e il pavimento sono di materiale non poroso e lavabile capaci di sopportare acqua calda e detergenti? Il piano di lavoro è di materiale inerte? | SI | NO |
| d) Le apparecchiature, gli utensili, il corredo di vetreria e la strumentazione, oltre a quello minimo previsto dalla Tabella n. 6 della F.U., sono adeguati al numero ed alla natura delle preparazioni abitualmente eseguite? | SI | NO |
| e) Le condizioni ambientali sono tenute sotto controllo? | SI | NO |
| f) Sono disponibili i manuali d'uso degli apparecchi presenti e la relativa documentazione di manutenzione e convalida? | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTAZIONE MATERIE PRIME** | | |
| g) La documentazione inerente alle materie prime rispetta quanto previsto dai capitoli 5 e 6 delle NBP? *(denominazione comune/chimica, quantità acquistata, data arrivo, n. lotto, nome produttore, certificato di analisi datato e firmato che riporti rispondenza ai requisiti della F.U. data limite utilizzo o rititolazione, conservazione/manipolazione, accettazione o rifiuto per l’utilizzazione datato e firmato dal farmacista responsabile)* | SI | NO |
| h) La documentazione inerente alle preparazioni magistrali ed officinali è redatta secondo i criteri espressi nel capitolo 5 delle NBP?  *(per le magistrali: n. progressivo, nome del medico prescrittore, nominativo del paziente; per le officinali: nome del preparato, n. lotto e sua consistenza numerica)* | SI | NO |
| i) Tutta la documentazione e le procedure vengono conservate in base alle normative vigenti? | SI | NO |
| **OPERAZIONI DI PREPARAZIONE** | | |
| j) Esistono procedure scritte riguardanti le operazioni di preparazione? | SI | NO |
| k) Sul foglio di lavoro sono riportate, anche tramite etichetta, le informazioni previste?  *(data preparazione, composizione quali-quantitativa, forma farmaceutica, posologia se nota, n. riferimento della sostanza, data limite utilizzo, contenitore utilizzato, copia dell’etichetta o le avvertenze riportate in etichetta, risultati dei controlli di qualità, le operazioni eseguite, nome e firma del preparatore, accettazione o meno della preparazione da parte del farmacista responsabile)* | SI | NO |
| l) Vengono conservate le ricette in originale e/o in copia in base alle normative vigenti? | SI | NO |
| **CONTROLLO DI QUALITÀ DEL PREPARATO** | | |
| m) Esiste la documentazione inerente ai controlli di qualità, previsti dal capitolo 8 delle NBP, effettuati sulle preparazioni allestite? | SI | NO |
| n) Sono conservati campioni per ogni lotto preparato, almeno per un tempo pari al 20% oltre il limite di validità della preparazione stessa? | SI | NO |
| **CONFEZIONAMENTO ED ETICHETTATURA** | | |
| o) I contenitori primari per le preparazioni, acquistati, hanno il certificato di conformità alla FU? | SI | NO |
| p) L’etichetta riporta il nome, l’indirizzo e il numero di telefono della farmacia? | SI | NO |
| q) L’etichetta riporta, in modo chiaro leggibile e indelebile, le informazioni previste? *(progressivo preparazione, nome medico, nome paziente o iniziali (per officinale non necessario nome medico, nome paziente o iniziali), data preparazione, data limite utilizzo, composizione quali-quantitativa con denominazione comune, prezzo praticato, avvertenze-precauzioni)* | SI | NO |
| r) Eventuali preparazioni galeniche contenenti sostanze stupefacenti soggette a registro STUPEFACENTI sono conservate per 2 anni dall’ultima registrazione sul registro di E/U? | SI | NO |
| s) Sono assenti preparazioni magistrali già allestite senza la relativa prescrizione? | SI | NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11.2 NORME SEMPLIFICATE DI CUI AL DM 18 NOVEMBRE 2003**  *(Allestimento di preparazioni galeniche <3000 grammi, su scala ridotta, non sterili od a base di sostanze non tossiche, non antitumorali, non radiofarmaci)* | | |
| **LABORATORIO** | | |
| a) Il laboratorio ha pareti e soffitti lavabili? | SI | NO |
| b) È dotato di fonti di calore? | SI | NO |
| c) È areato? | SI | NO |
| d) È provvisto di acqua corrente? | SI | NO |
| e) La cappa aspirante è presente? | SI | NO |
| Se Sì:   * con canna di esalazione * aspirante/auto filtrante | | |
| f) L'attrezzatura è adeguata al tipo ed al numero di preparazioni allestite secondo FU? | SI | NO |
| g) Tra gli apparecchi obbligatori è presente:   * N. 1 bilancia sensibile a 1mg, con portata di almeno 500g * N. 2 bilance: una sensibile a 1 mg della portata di almeno 50g e l’altra sensibile a 0,50g della portata di almeno 2 Kg | | |
| h) Le condizioni ambientali sono tenute sotto controllo? | SI | NO |
| **MATERIE PRIME** | | |
| i) Sono presenti i certificati dei fornitori attestanti il rispetto delle norme brevettuali italiane per le materie prime acquistate? | SI | NO |
| j) Sono state riportate sui contenitori delle materie prime e sui certificati di analisi l’annotazione del numero progressivo, la data di ricezione e quella di primo utilizzo? | SI | NO |
| k) Vengono conservati per sei mesi i certificati d'analisi riportanti la numerazione interna, la data di ricezione? | SI | NO |
| **CONTENITORI** |  |  |
| l) Sono presenti i certificati dei fornitori attestanti la conformità dei contenitori primari alla FU vigente? | SI | NO |
| m) I confezionamenti primari delle materie prime esaurite vengono conservati per sei mesi con l'indicazione della data di ultimo utilizzo? | SI | NO |
| **DOCUMENTAZIONE** |  |  |
| n) Negli ultimi 6 mesi sono state allestite preparazioni officinali e/o magistrali? | SI | NO |
| o) È conservata copia, o l’originale ove previsto, delle ricette magistrali (RR o RNR), spedite negli ultimi sei mesi e dei fogli di lavorazione per le eventuali preparazioni officinali? | SI | NO |
| p) Su tali ricette sono riportate le indicazioni di cui all’art. 9 del D.M. 18/11/2003, ovvero la copia dell’etichetta? | SI | NO |
| q) L’etichetta riporta tutte le informazioni previste dalle NBP? *(NOME, INDIRIZZO, TEL. FARMACIA: n. progressivo preparazione, nome medico, nome paziente o iniziali (per preparazioni. officinali non necessario nome medico, nome paziente o iniziali), data preparazione, data limite utilizzo, composizione quali-quantitativa, prezzo praticato, avvertenze-precauzioni)* | SI | NO |
| r) Sulle ricette ed i fogli di lavorazione è stata apposta la firma del farmacista preparatore? | SI | NO |
| s) Per le preparazioni officinali sono compilati in ogni sua parte i fogli di lavorazione? | SI | NO |
| t) Eventuali preparazioni galeniche contenenti sostanze stupefacenti soggette a registro STUPEFACENTI sono conservate per 2 anni dall’ultima registrazione sul registro di E/U? | SI | NO |
| u) Sono assenti preparazioni magistrali già allestite senza la relativa prescrizione? | SI | NO |

**12. DOTAZIONE FARMACEUTICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) La farmacia è provvista dei medicinali obbligatori previsti dalla Tab. 2 della F.U *(comprese le bombole di ossigeno, sostanze galeniche e sostanze stupefacenti e psicotrope)?* | SI | NO |
| b) Per i mancanti sotto identificati è disponibile la documentazione giustificativa *(in formato analogico o elettronico)*? | SI | NO |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| c) Le bombole sono corredate della documentazione ed etichettatura previste dalla normativa vigente?  *(Punzonatura, foglietto illustrativo, lotto, scadenza, AIC e date delle ultime verifiche)* | SI | NO |
| d) Sono conservate in condizioni di sicurezza? | SI | NO |
| e) Le condizioni di conservazione dei farmaci previste dalla F.U. per i medicamenti sono osservate? | SI | NO |
| f) L’armadio frigorifero è in grado di assicurare le corrette condizioni di conservazione dei farmaci, compresi i limiti di temperatura quando previsti? Ovvero, è dotato di un sistema per il monitoraggio della T Min e Max? *(Con dispositivo di registrazione continua con sistema di allarme collegato che permette di registrare la durata delle variazioni, oppure con termometri di massima e di minima con registrazione manuale della temperatura su apposito modulo quotidianamente)* | SI | NO |
| g) Sono assenti specialità medicinali prive di bollino autoadesivo o con confezionamento manomesso?  *(Art.473 – Art. 474 Cod. Penale)* | SI | NO |
| h) Sono assenti specialità medicinali non registrate o la cui registrazione sia stata revocata?  *(Art. 169 del T.U.LL.SS.)* | SI | NO |
| 1. Sono assenti specialità e/o sostanze medicinali scadute, guaste, imperfette, adulterati, contraffatti, ritirati? *(Art. 123 T.U.LL.SS., Art. 147 DLGS 219/2006, Art.452 C.P., Art.443 C.P.)* | SI | NO |
| l) Se presenti, sono custodite separate dagli altri con apposita indicazione di non vendibilità in attesa di reso e/o distruzione? | SI | NO |
| m) Sono assenti campioni di specialità medicinali destinati ai Medici di cui è vietata la vendita?  *(Art.173 del T.U.LL.SS.)* | SI | NO |
| n) La farmacia dispone degli strumenti cartacei e/o informatici necessari alla pronta segnalazione ADR al Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza? | SI | NO |
| o) Sono presenti farmaci in *ministock/scorte per anticipo d’ordine* per la “Distribuzione per Conto” DPC? | SI | NO |
| p) La giacenza del *ministock/scorte per anticipo d’ordine*, corrisponde a quella risultante nel sito WebDPC? | SI | NO |

**13. MEDICINALI SOGGETTI A PARTICOLARI NORME: STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE (DPR n°309/90 e s.m.i.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) Le sostanze e le preparazioni di cui alla Tabella dei medicinali – Sez. A sono custodite in apposito armadio chiuso a chiave separatamente dai veleni? | SI | NO |
| b) È presente il Registro di entrata ed uscita delle sostanze e preparazioni stupefacenti e psicotrope di cui alla Tabella dei medicinali – Sez. A-B-C? | SI | NO |
| c) Il Registro è numerato e vidimato in ogni pagina dall’Autorità competente, nonché correttamente tenuto secondo le norme dell’Art. 60 D.P.R 309/90 e s.m.i.? | SI | NO |
| d) È indicata per ogni pagina l'unità di misura (millilitri – grammi – dose - forma) dei medicinali o sostanze secondo cui vengono effettuate le trascrizioni? | SI | NO |
| e) Ogni pagina compilata è intestata ad una sola sostanza, preparazione o specialità tra quelle elencate nella Tabella dei medicinali Sez. A-B-C? | SI | NO |
| f) La giacenza all’atto dell’Ispezione corrisponde alle trascrizioni effettuate in base ai documenti giustificativi delle entrate (Buoni acquisto e fatture relative) e delle uscite (ricette mediche, etc)? | SI | NO |
| g) Sono state effettuate le chiusure al 31 dicembre di ogni anno secondo le norme dell’Art. 62 DPR 309/90? | SI | NO |
| h) Sono presenti i buoni acquisto per le richieste singole o cumulative di sostanze stupefacenti e psicotrope e delle relative composizioni medicinali, di cui alla Tabella dei medicinali – Sez A, B, C conformi al modello predisposto dal Ministero della Salute e approvato con DM 18/12/2006? | SI | NO |
| i) Sono conservate per 2 anni dall’ ultima registrazione: le fatture o bolle relative quali documenti giustificativi di carico, i registri di entrata/uscita e i buoni acquisto? | SI | NO |
| j) La fattura riporta gli estremi del buono acquisto? | SI | NO |
| k) Se in uso il registro con sistema informatico di entrata e uscita delle sostanze e preparazioni stupefacenti e psicotrope, ne è stata data preventiva comunicazione all’AUSL, riportante la data di subentro di utilizzo del registro informatico? | SI | NO |
| l) Il Titolare/Direttore della farmacia chiede di effettuare l’affido degli stupefacenti scaduti e non vendibili in carico presso la farmacia? | SI | NO |
| m) Se sì, si rimanda per la giacenza degli stessi all’Allegato Verbale n.\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che diviene parte integrante del presente verbale | | |

**14. RICETTE MEDICINALI SOGGETTI A PARTICOLARI NORME: STUPEFACENTI E SOSTANZE PSICOTROPE (DPR n° 309/90 e s.m.i.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) Sono presenti ricette recanti prescrizioni di sostanze o preparazioni di cui alla tabella dei medicinali sezione A? | SI | NO |
| b) Le ricette recanti prescrizioni di sostanze o preparazioni di cui alla Tabella dei medicinali – Sez. A, sono conservate in originale o in copia o come promemoria della DEMA (per medicinali di cui all’Allegato III bis)? | SI | NO |
| c) Nella compilazione delle ricette risultano osservate le norme di cui all'art. 43, commi 1°, 2°, 3° e 4° del D.P.R. 309/90?  *(-Le prescrizioni sono limitate ad una sola preparazione e ad un solo dosaggio ad eccezione della prescrizione dei medicinali di cui all’allegato III-bis per i quali la ricetta può contenere fino a due medicinali diversi tra loro o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti)*?  *-Le ricette devono indicare il cognome e nome dell'assistito ovvero del proprietario dell'animale ammalato, la dose prescritta, la posologia ed il modo di somministrazione, l'indirizzo e il numero telefonico professionali del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata, la data e la firma del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata,* *il timbro personale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui la ricetta è rilasciata.)*  NB: Per le ricette DEMA non è obbligatorio l’indirizzo e il numero di telefono sulla ricetta (nota RER PG/2020/0439275 del 15/06/2020) | SI | NO |
| d) Sono trattenute dal farmacista in originale o copia per 2 anni? | SI | NO |
| e) Su ogni ricetta sono annotati gli estremi del documento di riconoscimento dell’acquirente, la data di spedizione della ricetta e il timbro della farmacia? | SI | NO |
| f) Le ricette risultano spedite entro 30 giorni dalla data del rilascio? (Art. 45 - 8° comma DPR 309/90) | SI | NO |
| g) Sono presenti ricette recenti prescrizioni di sostanze o preparazioni di cui alla tabella dei medicinali sezione B – sezione C? | SI | NO |
| h) Le ricette recanti prescrizioni di sostanze o preparazioni di cui alla Tabella dei Medicinali Sez. B e C sono conservate in originale o in copia o come promemoria della DEMA? | SI | NO |
| i) Sono stati apposti, da parte del farmacista, la data di spedizione e il timbro della farmacia?  NB: Per le ricette DEMA non è obbligatorio timbro e data spedizione della farmacia sulla ricetta (nota RER PG/2020/0439275 del 15/06/2020 | SI | NO |
| j) Sono trattenute dal farmacista in originale o copia per 2 anni? | SI | NO |

**15. MEDICINALI SOGGETTI A PRESCRIZIONE MEDICA DA RINNOVARE VOLTA PER VOLTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RNR da conservare 6 mesi** | | |
| a) Le ricette dei medicinali soggette prescrizione medica da rinnovare volta per volta, sono conservate in originale per **6 mesi**? | SI | NO |
| b) Si rilevano ricette dispensate al pubblico di medicinali utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero o in struttura ad esso assimilabile (OSP)? (art. 92, D Lgs 219/2006) | SI | *NO* |
| c) Si rilevano ricette dispensate al pubblico di medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista in ambulatorio, es. odontoiatra (USPL)? (art. 94, D Lgs 219/2006) | SI | NO |
| d) I formalismi prescrittivi sono rispettati (art. 89, D Lgs 219/2006)?  *La ricetta non ripetibile deve obbligatoriamente riportare a stampa o mediante un timbro la chiara identificazione del medico prescrittore e dell'(eventuale) struttura da cui questi dipende, il nome e cognome del paziente o CF (o iniziali o codice alfa numerico, nei casi in cui disposizione di carattere speciale esigono la riservatezza dei trattamenti), la data di prescrizione.* | SI | NO |
| e) Sono stati apposti, da parte del farmacista, la data di spedizione e il prezzo praticato? | SI | NO |
| f) Le ricette sono state spedite entro il termine di validità delle stesse? | SI | NO |
| **RNR da conservare 2 anni** | | |
| g) Le ricette recanti prescrizioni di sostanze i cui alla Tabella dei medicinali Sez. D, sono conservate per **2 anni** *(D.M. 16 novembre 2012, Legge 38/2010, )*? | SI | NO |
| h) Per le ricette relative a sostanze stupefacenti di cui alla Tabella dei medicinali Sez. D sono stati apposti, da parte del farmacista, la data di spedizione, il prezzo praticato, il timbro della farmacia e gli estremi del documento di riconoscimento dell’acquirente? | SI | NO |
| i) Le ricette sono state spedite entro il termine di validità delle stesse? | SI | NO |

**16. SOSTANZE DA TENERE IN ARMADIO CHIUSO A CHIAVE DI CUI ALLA TAB. 3 DELLA F.U. VIGENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) Le sostanze velenose, SE PRESENTI, sono conservate in armadio chiuso a chiave separato dagli altri medicinali? *(Art. 146 T.U.LL.SS.)* | SI | NO |
| b) I contenitori delle sostanze velenose sono muniti di identificazione e del contrassegno delle sostanze velenose? | SI | NO |
| c) È presente il registro copia-veleno per la vendita di sostanze velenose ad uso industriale, agricolo, artigianale e professionale di cui alla tabella 3 della F.U. vigente? | SI | NO |
| d) Sono presenti ricette prescriventi veleni e sono conservate in originale? | SI | NO |
| e) Se sì, nella compilazione delle stesse, risultano indicate la dose in lettere e i dati anagrafici dell’acquirente? *(Art. 39 e Art. 40 del R.D. 1706/38)* | SI | NO |

**17. ALTRI PRODOTTI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) Sono assenti dispositivi medici scaduti o mal conservati? | SI | NO |
| b) Sono assenti dispositivi medici privi del marchio CE? | SI | NO |
| c) Sono assenti alimenti od integratori alimentari scaduti o mal conservati? | SI | NO |
| d) Sono assenti medicinali omeopatici, di cui al Titolo III, capo II del D.Lgs 219/2006, che recano sulla confezione o in qualsiasi altro modo vantano indicazioni terapeutiche? | SI | NO |

**18. VENDITA ONLINE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) La farmacia effettua la vendita online di farmaci senza obbligo di prescrizione medica (Art. 112-quater D.Lgs. 219/2006)? | SI | NO |
| b) Se sì, la farmacia detiene regolare autorizzazione?  Comune/Suap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | SI | NO |

**19. OTTEMPERANZA DELLE PRECEDENTI PRESCRIZIONI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le prescrizioni disposte nella precedente ispezione del………………...................sono state osservate? | SI | NO |
| **Se NO**, specificare quali:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |

**20. OSSERVAZIONI/PRESCRIZIONI DELLA COMMISSIONE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da assolversi entro la data del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le suddette precisazioni e segnalazioni vengono notificate al Direttore / Titolare attraverso lettura e rilascio del presente verbale/copia conforme

**Al Direttore / Titolare viene altresì comunicato che in conseguenza di quanto sopra seguirà formulazione degli atti relativi all’applicazione dell’ammenda e/ o denuncia all’autorità giudiziaria.**

**Controdeduzioni del Titolare/Direttore**

**21. GIUDIZIO FINALE**

Visto il risultato dell’ispezione effettua, si esprime parere

1. FAVOREVOLE alla prosecuzione dell’esercizio / al trasferimento di Titolarità

* **senza condizioni**
* **a condizione che sia ottemperato quanto prescritto e nei tempi indicati**

Dell’ottemperanza agli adempimenti prescritti il Titolare/ Direttore dovrà darne comunicazione alla seguente pec:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Sui rilievi riscontrati saranno effettuate valutazioni, che potranno dare luogo a sanzioni amministrative e/o procedimenti disciplinari e/o penali. Tali sanzioni/provvedimenti saranno notificate nei modi e nei tempi previsti dalla legge.*

1. NON SODDISFACENTE dell’ispezione effettuata, si ritiene, pertanto, debbano adottarsi tutti gli opportuni provvedimenti amministrativi previsti dalla normativa vigente.

*Si precisa che il mancato adempimento di quanto sopra indicato è punibile – ai sensi e per gli effetti dell’art. 127, T.U.LL.SS., approvato con R.D. n. 1265/1934 – con la dichiarazione di decadenza del titolare dall’esercizio del diritto, a seguito di idonea procedura all’uopo attivata dall’Autorità competente e su comunicazione della competente Commissione di Vigilanza.*

*Constatato, altresì, che quanto indicato nel verbale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_potrebbe assumere rilevanza penale, si provvederà, in ossequio alle disposizioni di cui all’art. 13 L. 689/1981 all’inoltro del presente verbale all’Autorità Giudiziaria competente*

Si dà atto che le operazioni di controllo del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

si sono svolte dalle ore alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fatto, letto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra

Farmacista AUSL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Amministrativo AUSL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Titolare/Direttore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VERBALE DI CONSTATAZIONE ED AFFIDAMENTO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE SCADUTE DA AVVIARE A DISTRUZIONE**  **(art. 23, 24 e 25 DPR 309/90)** | | | |
| Numero: | | del: | |
| Farmacia: | | | |
| Sede farmaceutica n. | | | |
| del Comune di | | | |
| Indirizzo: | | | |
| La Commissione di Vigilanza della Azienda USL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi dell’art. 16 della L.R. n. 2 del 03/03/2016, ha preso atto che la Farmacia suddetta detiene i prodotti elencati nella qualità e quantità di seguito indicata: | | | |
| **SPECIALITÀ E DOSAGGIO** | | **FORMA FARMACEUTICA** | **QUANTITÀ (in unità di misura/in confezioni)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| Le suddette specialità vengono collocate all’interno di n° pacco/pacchi sigillato/i con nastro adesivo marrone riportante le firme dei tre componenti la Commissione di vigilanza. | | | |
| Il Direttore Responsabile/Titolare della Farmacia, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  si fa garante della detenzione e della disponibilità per le successive operazioni di distruzione. | | | |
| Farmacista AUSL: | | | |
| Medico Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL: | | | |
| Amministrativo AUSL: | | | |
| Timbro Farmacia e firma Titolare/Direttore: | | | |