

ESEMPIO DI VERBALE DI ISPEZIONE ASL

A. S. L. - _____
Verbale di ispezione
Art. 127 T U L L S S - R. D. 27-7-1934, n. 1265
Art. 50 R. D. 30-9-1938, n. 1706

Farmacia _____

(OPPURE)

Se società: ragione sociale e forma societaria.

ubicata in _____ via _____
Titolare/Gestore Provvisorio/Direttore _____ nato il _____ a _____
_____, residente in _____ L'anno duemila _____
il giorno _____ del mese di _____ alle ore _____ i sottoscritti:

incaricati della vigilanza sulle farmacie ai sensi dell'art. 17 della L. R. Basilicata n. 54/1981, con l'assistenza, del dr. _____ designato dall'Ordine Provinciale dei Farmacisti, segretario verbalizzante _____ hanno proceduto alla ispezione (ORDINARIA/STRAORDINARIA) prevista dall'art. 127 T.U.LL.SS. approvato con R. D. 27-7-1934, n. 1265 della sopra citata farmacia alla presenza ed in contraddittorio con il dr. _____, nato a _____ il _____, residente in _____ iscritto all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____ al n. _____ nella sua qualità di (titolare/gestore provvisorio/direttore) (sostituzione autorizzata dalla ASL con nota n. _____ del _____)

(OPPURE)

Se trattasi di società:

La società titolare della Farmacia è costituita dai seguenti soci:

1. Dr. _____, nato a _____ il _____
e residente in _____ iscritto
all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____ al n. _____

Presta la propria opera in farmacia (SI/NO)

2. Dr. _____, nato a _____ il _____
e residente in _____ iscritto
all'Albo dei Farmacisti della Provincia di _____ al n. _____

Presta la propria opera in farmacia (SI/NO)

La rappresentanza legale e l'Amministrazione della società è attribuita a _____

Lo statuto ed ogni modifica è stato trasmesso alla ASL, alla Regione, all'Ordine dei Farmacisti ed alla FOFI (SI/NO)

1. AUTORIZZAZIONE AL SERVIZIO FARMACEUTICO

- Farmacia autorizzata con decreto n _____ rilasciato da _____
in data _____ per i locali ubicati in _____

- Per la vendita dei prodotti soggetti alla disciplina del commercio al dettaglio viene esibita comunicazione di inizio attività inoltrata al comune di _____ in data _____

- La farmacia è iscritta nel registro imprese della CCIAA di _____ al n _____

2. FARMACISTI COLLABORATORI

1. Dr. _____ nato il _____ a _____
iscritto all'albo professionale di _____ al nr _____ residente in _____ alla
via _____,

collaborazione comunicata alla ASL (SI/NO)

2. Dr. _____ nato il _____ a _____
iscritto all'albo professionale di _____ al nr _____ residente in _____ alla
via _____,

collaborazione comunicata alla ASL (SI/ NO)

3. ...

3. FARMACISTI PRATICANTI

1. Dr. _____ nato il _____ a _____
iscritto all'albo professionale di _____ al nr _____
residente in _____ alla via _____,
pratica comunicata alla ASL (SI/NO)

2. Dr. _____ nato il _____ a _____
iscritto all'albo professionale di _____ al nr _____
residente in _____ alla via _____,
pratica comunicata alla ASL (SI/NO)

3. ...

4. PERSONALE NON FARMACISTA

1. sig. _____ nato il _____ a _____
residente in _____ via _____,
addetto alla vendita (SI/ NO)

2. sig. _____ nato il _____ a _____
residente in _____ via _____,
addetto alla vendita (SI/ NO)

3. ...

5. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

- L'esercizio è articolato nei seguenti ambienti:

Ambiente			Qualità			Condizioni generali			Condizioni igieniche		
Dispensazione	SI	NO	Sufficiente	SI	NO	Ordinato	SI	NO	Sufficiente	SI	NO
Laboratorio galenico	SI	NO	Sufficiente	SI	NO	Ordinato	SI	NO	Sufficiente	SI	NO
Magazzino	SI	NO	Sufficiente	SI	NO	Ordinato	SI	NO	Sufficiente	SI	NO
Servizi igienici	SI	NO	Sufficiente	SI	NO	Ordinato	SI	NO	Sufficiente	SI	NO

- Alla farmacia sono annessi locali direttamente comunicanti adibiti ad ambulatorio medico (SI/ NO)

Apparecchi obbligatori

- Sono detenuti gli apparecchi e gli utensili di cui alla tabella nr. 6 della F. U. vigente edizione (SI/ NO)

Manca: _____

- L'attrezzatura è adeguata al tipo ed al numero delle preparazioni magistrali eseguite (SI/ NO)

- Viene effettuata la verifica periodica delle bombole di ossigeno (SI/ NO)

- Le bombole sono di proprietà della farmacia (SI/ NO)

Fornitore: _____

Medicinali obbligatori

- Sono detenute le sostanze obbligatorie di cui alla tabella nr. 2 della F.U. vigente edizione (SI/ NO)

Manca _____

- E' disponibile la documentazione giustificativa dei mancanti (SI/ NO)

- La provvista dei medicinali per quantità e qualità consente un regolare esercizio della farmacia (SI/ NO)

Testi, elenchi, registri

- E' detenuta la vigente edizione della F. U. (e relativi aggiornamenti e supplementi) (SI/ NO)

- E' detenuta la vigente tariffa ufficiale dei medicinali (SI/ NO)

- E' detenuto il registro copia verbali di ispezione (SI/ NO)

- E' detenuto il registro dei veleni per uso industriale ed agricolo (SI/ NO)

- E' detenuto il registro di entrata e uscita delle sostanze e preparazioni stupefacenti relativo agli ultimi 2

anni (SI/ NO)

- Lo stesso è regolarmente vidimato (SI/ NO)

Avvisi al pubblico

- E' esposto l'orario di apertura e di chiusura (SI/ NO)

- E' esposto l'elenco delle farmacie di turno (SI/ NO)

- E' esposto l'avviso recante le quote (se dovute) di partecipazione degli assistiti alla spesa Farmaceutica (SI/ NO)

- E' esposta pubblicità di ambulatori medici (SI/ NO)

- E' esposta pubblicità non autorizzata di specialità medicinali e/o presidi medico – chirurgici (SI/ NO)

6. SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO FARMACEUTICO

Medicinali detenzione

- Sono detenute specialità medicinali prive dei requisiti di legge (SI/ NO)

- Sono detenuti campioni di medicinali (SI/ NO)

- Sono detenuti medicinali privi di fustello (SI/ NO)

- Sono detenuti, unitamente a quelli destinati alla vendita, medicinali scaduti, guasti o imperfetti (SI/ NO)

Medicinali conservazione

- Le sostanze e le preparazioni stupefacenti delle tabelle I e II sono custodite separate dagli altri medicinali in armadio chiuso a chiave (SI/ NO)

- Le sostanze velenose sono custodite separate dagli altri medicinali in armadio chiuso a chiave (SI/ NO)

- Le sostanze e le preparazioni da conservare a temperatura controllata sono in armadio frigorifero (SI/ NO)

- I sieri e vaccini sono detenuti in conformità alle condizioni di conservazione (SI/ NO)

7. STUPEFACENTI

Documenti giustificativi – ricette

- E' detenuto in farmacia il bollettario buoni acquisto (SI/ NO)

- E' stato effettuato un uso improprio del bollettario buono-acquisto (SI/ NO)

- Si rileva la mancata conservazione dei documenti giustificativi delle operazioni di entrata ed uscita (SI/ NO)

- Si rileva la mancata conservazione di ricette relative alle preparazioni stupefacenti e psicotrope iscritte nelle prime quattro tabelle di cui all'art. 14 del DPR 309/90 (SI/ NO)

Registrazione - vendita

- Si rileva la mancata ottemperanza alle norme sulla tenuta del registro di entrata e di uscita (SI/ NO)

- Si rilevano violazioni nella cessione di medicinali soggetti alla disciplina degli stupefacenti (SI/ NO)

- Si rilevano violazioni nella dispensazione di medicinali soggetti alla disciplina degli stupefacenti (SI/ NO)

- Le sostanze e preparazioni Stupefacenti e psicotrope di cui alle prime quattro tabelle del decreto del presidente della Repubblica nr. 309/90, controllate a campione giacenti all'atto dell'ispezione sono:

medicinali	giacenza fisica	di cui scaduti	corrisponde alla giacenza sul registro	
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO
			SI	NO

- Per le mancate corrispondenze si rileva:

Si dà atto che le sostanze e preparazioni stupefacenti e psicotrope incluse nelle prime quattro tabelle del D.P.R. 309/90, di cui all'elenco allegato a far parte integrante del presente verbale, non più commerciabili perché scadute e/o deteriorate, vengono racchiuse in un plico sigillato con le firme dei verbalizzanti ed il timbro d'ufficio. Detto plico viene asportato dai verbalizzanti per le successive operazioni di distruzione

(OPPURE)

Detto plico, in attesa delle successive operazioni di distruzione, viene affidato in custodia, con obbligo di conservarlo con ogni diligenza presso la farmacia, al Dr.

8. GALENICI MAGISTRALI: DETENZIONE/VENDITA

- Si rileva la detenzione di galenici magistrali allestiti in violazione delle specifiche prescrizioni di legge **(SI/ NO)**
- Si rileva la spedizione di ricette magistrali in violazione delle specifiche prescrizioni di legge **(SI/ NO)**

9. RICETTE RIPETIBILI

- Si rileva la spedizione di ricette ripetibili spedite in violazione delle specifiche disposizioni di legge **(SI/ NO)**

10. RICETTE NON RIPETIBILI

- Sono conservate in farmacia in originale le ricette non ripetibili spedite negli ultimi sei mesi con apposte le annotazioni di legge (data di spedizione e prezzo riscosso) **(SI/ NO)**
- Si rileva la presenza di ricette non ripetibili spedite in violazione delle specifiche disposizioni di legge **(SI/ NO)**

11. FARMACI AD USO VETERINARIO

Ricette veterinarie

- Si rileva la presenza di ricette medico-veterinarie spedite in violazione delle specifiche disposizioni di legge **(SI/ NO)**

12. VELENI

- Sono conservate in originale per sei mesi le ricette di preparazioni magistrali contenenti veleni **(SI/ NO)**
- Si rileva la spedizione di ricette magistrali recanti prescrizione di sostanze velenose spedite in violazione delle specifiche disposizioni di legge **(SI/ NO)**

13. OSSERVAZIONI DELLA COMMISSIONE

- Dichiarazioni a verbale.

Il Dott: _____ fa presente in merito all'ispezione:

Prescrizioni:

entro il termine di _____, si prescrive di ottemperare a quanto qui di seguito evidenziato _____

Si dà atto che si provvede con nr _____ separati processi verbali alla contestazione delle rilevate violazioni ed alla notifica delle connesse sanzioni amministrative; per quant'altro come per legge.

Le operazioni sono state ultimate alle ore _____

Del che è stato redatto il presente verbale in cinque esemplari, uno per la Regione Basilicata, uno per il Sindaco del Comune di _____, uno per il Direttore Generale della ASL, uno per l'Ufficio, uno consegnato a mani del dott. _____.

Scritto, letto, confermato e sottoscritto in data e luogo di cui sopra.

Il Farmacista del Servizio Farmaceutico della ASL _____

Il Farmacista designato dall'Ordine Professionale _____

Il titolare/direttore/gestore provvisorio sostituto formale del titolare della Farmacia _____

Il Funzionario Amministrativo della ASL _____