

FARMACIA

(COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA)

1. NOMBRE DE FANTASÍA

2. NOMBRE RAZÓN SOCIAL:

CUIT:

3. LOCALIZACIÓN:

| | | |
|------------|------------|---------------|
| CALLE: | Nº: | BARRIO: |
| LOCALIDAD: | PROVINCIA: | UGL: Agencia: |
| TELEFONO | | FAX |
| @mail: | | |

4. DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL

| | |
|-------------------|----------|
| Nombre y apellido | |
| Teléfono | Horario: |
| @mail: | |

5. DATOS DEL FARMACÉUTICO DT

| | |
|-------------------|---|
| Nombre y apellido | Tipo y Nº de matricula |
| Teléfono | Horario: |
| @mail: | Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

6. SI CUENTA CON FARMACÉUTICOS AUXILIARES COMPLETE:

| | |
|-------------------|---|
| Nombre y apellido | Tipo y Nº de matricula |
| Teléfono | Horario: |
| @mail: | Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Nombre y apellido | Tipo y Nº de matricula |
| Teléfono | Horario: |
| @mail: | Presente durante la Auditoría SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

7. AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES

8. OTRAS EMPRESAS DEL SECTOR Y/O FARMACIAS DE ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA SOCIEDAD
PROPIETARIA O DEL PROPIETARIO

| | |
|--------------|------|
| RAZON SOCIAL | CUIT |
| DOMICILIO | |
| RUBRO | |

9. SI POSEE ADMINISTRACION CENTRALIZADA FUERA DEL LOCAL COMPLETE

| |
|-------------------------|
| DOMICILIO: |
| TELEFONO: |
| HORARIO DE ATENCIÓN: |
| PROCESOS CENTRALIZADOS: |

10. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS TRABAJAN ACTUALMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO?

11. ¿QUÉ HORARIO OPERA EL ESTABLECIMIENTO? CUMPLE LOS TURNOS OBLIGATORIOS COMO ES EL
ORGANIGRAMA DE LOS MISMOS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

12. HABILITACIÓN SANITARIA, MUNICIPAL Y PLANO ADJUNTADO

SI
NO

Indique lo pendiente _____

13. DROGUERIAS DE REPOSICIÓN

| NOMBRE | DIRECCION | TELEFONO | FRECUENCIA |
|--------|-----------|----------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

14. EMPRESAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL O MEDICINA PREPAGA A LA QUE PRESTA SERVICIO.
(RELEVAMIENTO NO EXCLUYENTE PARA INGRESO)

| |
|--|
| |
| |
| |

15. TIPO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS QUE COMERCIALIZAN

| | SI | NO | LISTAS- OBSERVACIONES |
|-----------------|----|----|-----------------------|
| PSICOFÁRMACOS | | | |
| ESTUPEFACIENTES | | | |
| CLOZAPINA | | | |
| ALTO COSTO | | | |

16. SI MANEJA ESPECIALIDADES MEDICINALES CONTROLADAS (ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS)
¿CÓMO LOS ALMACENA, ESTÁ DEFINIDO EL PERSONAL DE ACCESO?

| |
|--|
| |
| |
| |

17. SERVICIOS ESPECIALES (GABINETE U OTROS)

| |
|---------------------------|
| APLICACIÓN DE INYECTABLES |
| TOMA DE PRESION |
| CAMPAÑAS DE VACUNACION |

18. GABINETE DE INYECTABLES

| |
|-------------------------------------|
| PERSONAL QUE APLICA LOS INYECTABLES |
| OBSERVACIONES |

19. ¿POSEE HELADERA? CUANTAS

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|
| REGISTRA DIARIAMENTE LAS TEMPERATURAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | VECES/DÍA |
| USO EXCLUSIVO DE MEDICAMENTOS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| CAPACIDAD | | | |
| OBSERVACIONES | | | |

20. ¿EXISTE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE RECETAS DISPENSADAS A FIN DE VERIFICAR
PERTINENCIA CON EL FIN DE EVITAR RECLAMOS/ DESVÍOS DE PRODUCTOS O ERRORES DE DISPENSA?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

21. TRAZABILIDAD: POSEE N° DE **CUFE** o **GLN** SI NO

CUFE: Código de Ubicación Física del Establecimiento GLN: Número de Localización Mundial

N° CUFE

22. POLIZAS DE SEGUROS (RELEVAMIENTO NO EXCLUYENTE PARA INGRESO)

| | POLIZA N° | EMPRESA | VIGENCIA |
|---|-----------|---------|----------|
| INCENDIO | | | |
| ROBO | | | |
| MALA PRAXIS | | | |
| INUNDACION* (En casos de zonas de riesgo) | | | |

23. POSEE MATAFUEGO CON CARGA VIGENTE SI NO Número

Empresa

Vencimiento

Nombre y apellido del responsable comercial:

Firma y Fecha:

Nombre y apellido del director técnico:

Firma y Fecha:

Sello identificador de FARMACIA y/o DT:

Nombre y apellido del auditor PAMI:

Firma y Fecha: