



Formulário de Atividades Desenvolvidas por Drogeria e/ou Farmácia de Manipulação

RAZÃO SOCIAL:

C.N.P.J.:

☐ DROGARIA

☐ FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

ATIVIDADES EXECUTADAS:

☐ **Dispensação de medicamentos:**

☐ Não sujeitos ao controle especial;

☐ **Sujeitos ao controle especial;**

☐ A

☐ B1

☐ B2

☐ C1

☐ C2

☐ C5

☐ Antimicrobianos;

☐ Dispensação de medicamentos solicitados por meio remoto;

☐ Comércio de cosméticos, perfumes, produtos de higiene e produtos para saúde;

☐ Comércio de alimentos conforme Leis Estaduais 16.473 de 26/09/2014 e 17.916 de 28/01/2020;

☐ Fracionamento de medicamentos conforme RDC 80/2006;

☐ **Prestação de serviços farmacêuticos:**

☐ Medição de temperatura corporal;

☐ Acompanhamento farmacoterapêutico;

☐ Aplicação de inalação ou nebulização;

☐ Aplicação subcutânea, intramuscular ou intradérmica de medicamentos injetáveis;

☐ Medição e monitoramento de glicemia capilar;

☐ Transfixação dérmica de adereços estéreis;

☐ Aferição de pressão arterial;

☐ Perfuração de lóbulo auricular;

☐ Atenção farmacêutica;

☐ **Sala de vacina;**

☐ Vacinação Extramuro;

☐ Vacinação domiciliar;

☐ Exames de análises clínicas;

FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO:

☐ Produtos oficinais;

☐ Produtos magistrais;

☐ Grupo I - Medicamentos a partir de insumos/matérias primas, inclusive de origem vegetal;

☐ **Grupo II - De substâncias de baixo índice terapêutico:**

☐ para uso interno

☐ para uso externo;

☐ **Grupo III:**

☐ Antibióticos

☐ Hormônios
para uso
interno

☐ Hormônios
para uso
externo

☐ Citostáticos

☐ Substâncias
sujeitas ao
controle especial

☐ Grupo IV - Produtos estéreis;

☐ Grupo V - Medicamentos homeopáticos;

O ESTABELECIMENTO POSSUI LIMINAR PARA REALIZAÇÃO DE ALGUMA ATIVIDADE/SERVIÇO?

☐ Sim (apresentar)

☐ Não

Nome RT:

Nº CRF/SC:

Assinatura: