

 	Formulário HCFMUSP	SFARM-FOR-CFD-001-V04
	InCor – Serviço de Farmácia	Data da Revisão: 17/10/2019
Processos	Recebimento de verificação de requisitos da qualidade	Próxima Revisão: 17/10/2021

1. Identificação			
Data: / /	Instituto: InCor	Local de Recebimento: CD13	
Nota Fiscal Nº:	Nº. Nota do Empenho:		
Fornecedor:	Transportadora:		
Nome do entregador:	Horário: : às :		
2. Documentação			
	S	N	N/A
A Documentação está sem rasura?	☐	☐	☐
A Marca/Fabricante e preço unitário estão alinhados com as informações da nota de empenho?	☐	☐	☐
Obs:	☐	☐	☐
Os medicamentos foram entregues na data prevista? Quanto Tempo de Atraso? _____	☐	☐	☐
O laboratório forneceu laudo técnico do produto?	☐	☐	☐
3. Transporte			
	S	N	N/A
O veículo está limpo externamente, sem ausência de vazamentos e com pneus em bom estado de conservação? O compartimento de carga do veículo está limpo e sem evidências de furos, vetores e pragas?	☐	☐	☐
Ocorre o transporte de cargas mistas que possibilite contaminações entre os produtos?	☐	☐	☐
Veículo possui controle de temperatura? Qual a temperatura no interior do Báu? Temperatura: °C	☐	☐	☐
Existe documentação para transporte de medicamento de controle especial (Portaria 344/98)?	☐	☐	☐
4. Produto			
	S	N	N/A
Todas as caixas estão lacradas e identificadas de forma visível? As embalagens originais estão limpas e íntegras?	☐	☐	☐
Obs:	☐	☐	☐
Os produtos recebidos são termolábeis? Se a resposta for sim, estão na temperatura adequada, conforme instruções do laboratório/fabricante? Temperatura: °C	☐	☐	☐
Os produtos possuem pelo menos 12 meses de validade, a partir da data de fabricação?	☐	☐	☐
A quantidade recebida de cada lote está de acordo com o descrito na nota fiscal?	☐	☐	☐
Obs:	☐	☐	☐
Foi realizada amostragem dos produtos?	☐	☐	☐
Obs:	☐	☐	☐
O funcionário da transportadora colocou as caixas no local adequado e foi cumprido os critérios de empilhamento?	☐	☐	☐
Obs:	☐	☐	☐
Avaliação Final			
Produtos Recebidos ☐	Produto recusado ☐		
Observações			
LEGENDA: SIM = S NÃO = N NÃO SE APLICA = N/A			
Responsável pelo recebimento: _____		Farmacêutico responsável: _____	
Carimbo e Assinatura		Carimbo e Assinatura	

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Rébio Silva de Oliveira	Nome: Dr. Valter Garcia Santos	Nome: Dra. Sonia Cipriano
Setor: Central Farmacêutica de Distribuição	Setor: Serviço de Farmácia	Setor: Diretoria Téc. SV Farmácia

 	Formulário HCFMUSP	SFARM-FOR-CFD-001-V04
	InCor – Serviço de Farmácia	Data da Revisão: 17/10/2019
Processos	Recebimento de verificação de requisitos da qualidade	Próxima Revisão: 17/10/2021

Lista de medicamentos Termolábeis

Nº	Código	Descrição	Unid
1	11010014	INSULINA HUMANA ACAO INTERMED.100UI/ML	F/A
2	11010022	INSULINA HUMANA AÇÃO RAPIDA REGULAR 100UI/ML - 10ML - FR/AMP	F/A
3	11010033	INSULINA LISPRO 100UI/ML	F/A
4	11010058	INSULINA GLARGINA 100UI/ML	F/A
5	11020013	EMBUCRILATO 0,5G/0,5ML	AMP
6	11020015	EPOETINA ALFA OU BETA 10.000UI/ML	F/S
7	11020020	EPOETINA ALFA 2000 UI/ML - FR/AMP.	AMP
8	11020032	FIBRINOGENIO, APROTININA, TROMBINA 2ML	KIT
9	11020053	EPOETINA ALFA 4000 UI/ML - FR/AMP.	AMP
10	11020067	ALBUMINA HUMANA 20% SOLUCAO INJETAVEL FRASCO 50 ML (*)	FR
11	11022224	FIBRINOGENIO 20 MG/ML PO LIOF SOL INJ FA 50 ML	FR
12	11030031	LEVOSIMENDAN 2,5MG/ML 5 ML	F/A
13	11030094	PROSTAGLANDINA E1 500MCG/ML 1ML	AMP
14	11060005	DESMOPRESSINA 4MCG 1ML	AMP
15	11060008	GLUCAGON	F/A
16	11060014	DESMOPRESSINA SOL.NASAL 0,1MG/ML-2,5ML	FR
17	11060017	OCTREOTIDA 0,1MG	F/A
18	11060024	SOMATROPINA 4 UI PO LIOF SOL INJ FRASCO-AMPOLA	F/A
19	11070049	ANFOTERICINA B 50 MG	F/A
20	11070061	MICAFUNGINA (SODICA) 100 MG PO LIOF SOL INJ FA IV	FR
21	11070087	ANIDULAFUNGINA 100 MG PO LIOF SOL INJ FRASCO-AMPOLA	F/A
22	11070090	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G ENDOVENOSA FRASCO/AMPOLA	F/A
23	11070100	ANFOTERICINA B 5MG/ML COMPLEXO LIPIDICO FA 20 ML (*)	F/A
24	11070111	IMUNOGLOBULINA HUM. IV POLIV. C/FC 2,5G	F/A
25	11070116	ANFOTERICINA B 50 MG DISPERSAO LIPOSSOMAL FRASCO-AMPOLA (*)	F/A
26	11070125	IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RHO (D) 250 A 300 MCG	SER
27	11070145	DAPTOMICINA 500 MG	F/A
28	11070164	IMUNOGL.G DE COELHO ANTITIMOCITOS HUMANO	F/A
29	11070176	IMUNOGLOBULINA HUMANA 6G ENDOVENOSA FRASCO/AMPOLA	F/A
30	11080001	RITUXIMAB 100MG 10ML	F/A
31	11080014	BASILIXIMAB 20MG	F/A
32	11080054	FILGRASTIM 300MCG/0,5ML (30MU)	F/A
33	11080062	RITUXIMAB 500 MG 50 ML	F/A
34	11080093	CICLOSPORINA 50 MG CAPSULA (*)	CPS
35	11080094	FILGRASTIM 300 MCG SOLUCAO INJETAVEL FRASCO-AMPOLA 1 ML	F/A
36	11090006	PANCURONIO (BROMETO) 2 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 2 ML	AMP
37	11090010	CISATRACÚRIO 2MG/ML	AMP
38	11090020	ROCURONIO 10MG/ML-5ML	F/A
39	11090022	TOXINA BOTULINICA TIPO A 500 U - FR/AMP	F/A
40	11120034	FRAÇÃO FOSFOLIPIDICA DE PULMÃO PORCINO 240MG- FR/AMP	F/A
41	11140034	SOL. PERF. E CONSERVACAO DE ORGAOS 1000ML	BLS
42	12030006	CAPTOPRIL 1 MG/ML SUSPENSAO ORAL FRASCO 100 ML	FR
43	12090006	PAPAINA GEL 2 % GEL BISNAGA 50G	BIS
44	12090007	PAPAINA GEL 4 % GEL BISNAGA 50G	BIS
45	12090008	PAPAINA GEL 6 % GEL BISNAGA 50G	BIS
46	12090009	PAPAINA GEL 8 % GEL BISNAGA 50G	BIS
47	12090010	PAPAINA GEL 10 % GEL BISNAGA 50G	BIS
48	18010002	LEVEMIR PENFILL 100 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL 3 ML	CRP
49	18010003	NOVORAPID PENFILL 100 UI/ML SOLUCAO INJETAVEL 3 ML	CRP
50	87010015	OMEPRAZOL 2 MG/ML 100ML, SOLUCAO ORAL	FR
51	87020001	COMPLEXO PROTROMBÍNICO 500UI	FR

(*) Avaliar a especificação do fabricante (faixa de temperatura) para o adequado armazenamento do medicamento.

ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Rébio Silva de Oliveira	Nome: Dr. Valter Garcia Santos	Nome: Dra. Sonia Cipriano
Setor: Central Farmacêutica de Distribuição	Setor: Serviço de Farmácia	Setor: Diretoria Téc. SV Farmácia