

**FORMULÁRIO PARA CREDENCIAMENTO DE UNIDADES PÚBLICAS DISPENSADORAS DA
SUBSTÂNCIA TALIDOMIDA E MEDICAMENTO QUE A CONTENHA**

CADASTRO Nº:

VALIDADE:

INFORMAÇÕES DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA - UPD

Nome da Unidade:

Nome do Diretor Responsável:

Endereço completo:

Logradouro:

nº:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone: (____)

Fax: (____)

E-mail: Unidade:

Diretor:

Farmacêutico Responsável:

CRF:

Farmacêutico Substituto:

CRF:

CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO

A Unidade Pública Dispensadora somente poderá ser credenciada caso cumpra os seguintes requisitos:

- Deve fornecer todas as informações da UPD solicitadas neste Formulário com as devidas assinaturas;
- Deve ser inspecionada pela Vigilância Sanitária competente (Regional ou Municipal);
- Deve possuir Farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida;
- Os profissionais de saúde e funcionários envolvidos devem receber treinamentos sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida;
- As instalações devem atender as legislações sanitárias vigentes.

PARA PREENCHIMENTO PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A unidade dispensadora cumpre com todos os critérios necessários ao seu credenciamento?

Sim: () Não: ()

Observações:**AUTORIDADE SANITÁRIA COMPETENTE:**

Nome do responsável pelo credenciamento:

Nº do registro funcional:

Local e data:

Carimbo e Assinatura

O credenciamento das unidades públicas dispensadoras possui validade de 1 (um) ano e deve ser renovado após o término deste prazo. (Parágrafo único do Art. 12 da RDC 11 de 22/03/2011)