



PROTOCOLE D'INSPECTION PHARMACIES PUBLIQUES

Tampon de la pharmacie	
Pharmacie (Nom, adresse, pharmacien responsable) ¹	
Motif de l'inspection	
Date et heure de l'inspection	
Date de la dernière inspection	
Inspecteur(s)	
Participants de l'entreprise	

¹ Pour une meilleure lisibilité, le masculin générique est utilisé dans ce document. Les désignations de personnes utilisées dans ce travail se réfèrent - sauf indication contraire - à tous les genres.

1. Informations générales sur l'entreprise

Informations sur la pharmacie

Tél/ Fax	
Adresse électronique	
Site Web	
Numéro RCC	
Numéro d'identification GLN	

Remarques :

Heures d'ouverture de la pharmacie

Lundi-jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	
Total heures / semaine	

Façade / Entrée

	A remplir par l'entreprise :		Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	i.o.	déficient	
Inscription de la pharmacie					
Le nom du pharmacien responsable est clairement indiqué					
Service d'urgence affiché de manière visible de l'extérieur					

Domaine d'activité / caractérisation de la pharmacie			
Combinaison avec droguerie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Parfumerie, produits cosmétiques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Alimentation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Assistance pharmaceutique d'établissements médico-sociaux (EMS) (si oui, veuillez donner des précisions sous "Remarques")	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Vaccination	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autres (analyses de laboratoire, test auditif, mesure de la tension artérielle...) (si oui, veuillez donner des précisions sous "Remarques")	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Remarques :			
Autorisations			
Autorisation cantonale			
Autorisation d'exploitation	<input type="checkbox"/> oui	Date :	<input type="checkbox"/> non
Autorisation de vente par correspondance	<input type="checkbox"/> oui	Date :	<input type="checkbox"/> non
Autorisation Swissmedic			
Commerce de gros	<input type="checkbox"/> oui	Date :	<input type="checkbox"/> non
Fabrication	<input type="checkbox"/> oui	Date :	<input type="checkbox"/> non
Importation / exportation	<input type="checkbox"/> oui	Date :	<input type="checkbox"/> non
Service d'urgence			
Participation au service de garde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si non délégué à			

2. Système d'assurance qualité					
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
SAQ d'un prestataire externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Audit effectué Date:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Certificat obtenu Date: Valable jusqu'au :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SAQ propre à la pharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Auto-audit réalisé Date:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
QSS adapté à la taille et aux activités de la pharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Description des procédures disponibles pour les processus pertinents (notamment vente simple/OTC, vente sur ordonnance, délivrance de médicaments sur ordonnance sans ordonnance, B+ /B-, contraception d'urgence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Organigramme disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cahier des charges pour chaque collaborateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formation et information régulière des collaborateurs sur le SAQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Réunions d'équipe / formation du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formations continues des collaborateurs réglementées et documentées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Remarques :					



2. Personnel			
Pharmacien responsable			
Nom, prénom			
Autorisation cantonale de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle	<input type="checkbox"/> oui	Date	<input type="checkbox"/> non
<i>Position dans l'entreprise :</i>			
<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Administrateur	<input type="checkbox"/> Responsable	<input type="checkbox"/> Co-responsable
Taux d'occupation :	%	heures / semaine	
<i>Pharmacien responsable = personne techniquement responsable (PTR)</i>			
Pharmacien responsable			
Nom, prénom			
Autorisation cantonale de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle	<input type="checkbox"/> oui	Date :	<input type="checkbox"/> non
<i>Position dans l'entreprise :</i>			
<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Administrateur	<input type="checkbox"/> Responsable	<input type="checkbox"/> Co-responsable
<i>Position dans l'entreprise :</i>			
<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Administrateur	<input type="checkbox"/> Responsable	<input type="checkbox"/> Co-responsable
Taux d'occupation :	%	heures / semaine	
<i>Pharmacien responsable = personne(s) responsable(s) technique(s) (RPT)</i>			
Indépendance / présence			
Si le pharmacien responsable n'est pas propriétaire de l'officine : indépendance professionnelle garantie par contrat ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Autorisation d'exploitation de la pharmacie au nom du pharmacien responsable disponible	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Présence réglementaire pendant les heures d'ouverture de la pharmacie assurée par le pharmacien responsable <i>60% des heures d'ouverture, co-responsabilité = 50% des heures d'ouverture chacun</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	



Autres pharmaciens						
Nom, prénom	Taux d'occupation	Autorisation de pratiquer VS				
		Sous propre responsabilité professionnelle depuis	En formation FPH depuis			
Présence des pharmaciens						
Présence ininterrompue de pharmaciens titulaires d'une autorisation de pratiquer VS ou d'une déclaration de 90 jours garantie				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Formation continue des pharmaciens						
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :			
	oui	non	e.o.	déficient		
Obligation de formation continue remplie par tous les pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Obligation de formation continue remplie pour tous les titulaires d'un certificat complémentaire :						
<ul style="list-style-type: none"> Vaccination et prise de sang (y compris BLS-AED tous les 2 ans) Anamnèse en soins primaires 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Organisation						
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :			
	oui	non	e.o.	déficient		
Plannings disponibles (plan de travail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personnel désigné par son nom et sa fonction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Flux d'informations réglementé entre / vers les collaborateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Règlement vestimentaire concret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. Locaux et domaine d'activité					
Généralités					
	A remplir par l'entreprise :		Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
Espace de vente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salle de fabrication/zone de fabrication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salle de conseil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Locaux de stockage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Backoffice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salle de pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Automate/robot de distribution de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôle de la température dans toutes les pièces concernées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareils de mesure de la température calibrés / exactitude correspondante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fonction d'alarme disponible dans l'appareil de mesure de la température	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En cas d'écart de température, des mesures adaptées à l'écart sont prises (clarification de la stabilité du produit, blocage du stock).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plan de nettoyage disponible pour tous les locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tous les locaux sont protégés contre l'accès de personnes non autorisées, la pharmacie peut être fermée à clé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'organisation de la pharmacie assure le respect du secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Délimitation de la salle de pause et des toilettes par rapport à la zone de fabrication assurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Espace de vente					
	A remplir par l'entreprise :		Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
Espace de vente propre et ordonné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Surveillance du personnel de la pharmacie assurée dans l'espace de vente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espace public clairement séparé des autres espaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pas de libre-service pour les médicaments des catégories de remise A et B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pas de libre-service pour les médicaments présentant un risque de dépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si médicaments de la catégorie de remise D en libre-service : conseil par une personne compétente assurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits chimiques exposés séparément des produits médicaux et des denrées alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom RT présent sur les étiquettes et les tampons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etiquetage des spécialités de comptoir correcte (Indication « formule propre », désignation, indication de la quantité, composition, dosage, prescriptions générales de stockage, mises en garde, date de péremption, délai d'utilisation le cas échéant, numéro de lot, nom de la pharmacie, RT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indication du prix des produits assurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etiquette de posologie (vente sur ordonnance)	(coller l'étiquette ici)				
Remise de matériel de location (pèse-bébé, tire-lait, lampe infrarouge, appareil d'inhalation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Salle de fabrication / zone de production					
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
Présence d'installations appropriées pour les activités pharmaceutiques (mise en bouteille / réception / défecture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Salle séparée 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Espace de travail clairement séparé 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Chapelle avec hotte 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Zone de flux laminaire 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Autres (p. ex. appareil pour le traitement de l'eau, stérilisateur) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Balance(s) utilisée(s) pour la fabrication					
<ul style="list-style-type: none"> Désignation 					
<ul style="list-style-type: none"> Plage de pesée 					
Contrats de maintenance pour les balances disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autocontrôle des balances : poids étalonnés et documentation disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accès à la pharmacopée actuelle disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Règles d'hygiène appropriées pour le personnel disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consignes de nettoyage appropriées pour le poste de travail disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protocoles de fabrication et de remplissage conformes disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Étiquetage correct des matières premières (y compris la date d'ouverture) garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiches de données de sécurité et certificats de fournisseurs disponibles pour toutes les matières premières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Surveillance régulière des délais d'utilisation des matières premières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Périmètre de la fabrication					
<ul style="list-style-type: none"> Formule magistrale 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Fabrications individuelles / ad hoc sans ordonnance 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Spagyrie / Oligothérapie 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Défecture 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liste des fabrications en défecture :					
<ul style="list-style-type: none"> Médicaments à formule propre 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liste des médicaments à formule propre (y compris nombre de lots/année et taille des lots)					
Tous les médicaments à formule propre annoncés au pharmacien cantonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'étiquetage des fabrications est conforme aux bases légales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Étiquette(s) d'une formule magistrale	(coller l'étiquette ici)				
Emballages vides, matériel d'emballage protégé contre les contaminations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Étiquette d'un remplissage	(coller l'étiquette ici)				
Remplissage de récipients usagés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Libération appropriée et définition de la durée de conservation garanties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traçabilité garantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments à formule fabriquées en sous-traitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si fabrication en sous-traitance :					
<ul style="list-style-type: none"> • Réglementation des responsabilités garantie 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Contrat écrit disponible 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Autorisation de fabrication du sous-traitant disponible 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Libération finale pour la remise garantie par le lieu de remise 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Semainiers					
Préparation de semainiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zone suffisamment séparée et protégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blistering Si oui, fournisseur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traçabilité des numéros de lot des médicaments préparés en semainier assurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fabrication et contrôle : documentation de la personne exécutante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si les médicaments sont préparés sans blister : des clarifications suffisantes sur la stabilité et les interactions sont disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stupéfiants pour semainiers stockés de manière suffisamment protégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etiquetage conforme aux exigences (patient, heure de prise, posologie, point de remise, le cas échéant informations sur le médicament)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blistering en sous-traitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, contrat de sous-traitance existant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salle de conseil					
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
Salle de consultation propre et bien rangée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareils disponibles					



Calibrage des appareils documenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soin de plaies proposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaccination : exigences remplies (couchette/lit pliant, possibilité de se laver les mains, trousse/équipement d'urgence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lieux de stockage / réception des marchandises					
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
Médicaments, denrées alimentaires et produits chimiques clairement séparés les uns des autres dans tous les lieux de stockage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stockage de stupéfiants suffisamment protégé contre le vol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comptabilité des stupéfiants garantie conformément à la législation fédérale (archives 10 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si robot/automate de distribution de médicaments disponible → verrouillable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assortiment d'antidotes disponible (charbon actif, siméticone, bipéridène)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stockage de produits inflammables dans une armoire/un local approprié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Présence d'un réfrigérateur adapté, y compris contrôle de la température dûment assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôle adéquat à la réception de toutes les marchandises garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôle régulier des dates de péremption de tous les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Traitement approprié des retours des clients garanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Importation de médicaments de l'étranger dûment documentée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Backoffice					
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
Backoffice suffisamment protégé contre les accès non autorisés et secret professionnel respecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stockage de données dûment assuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durée de conservation des ordonnances respecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Remarques :					
4. Traitements de substitution					
A remplir par l'entreprise :			Évaluation par les inspecteurs :		
	oui	non	e.o.	déficient	
Suivi de patients sous substitution Si oui, combien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Produits remis correctement étiquetés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Étiquette d'un traitement de substitution					
Ordonnances à souche des traitements de substitution respectifs disponibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autorisations des traitements de substitution respectifs disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Remarques de l'entreprise

--

6. Signature du ou des RTs

Lieu et date :

Nom et signature du ou des RTs

7. Récapitulatif et suivi

Liste des défauts et des non-conformités

No.	Observation	KL	Délai pour correction resp. mesure
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Suivi		
Mesures / élimination des défauts nécessaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prise de position écrite concernant liste des défauts ou plan de mesures par la pharmacie nécessaire.	<input type="checkbox"/> oui jusqu'au :	<input type="checkbox"/> non
Réinspection nécessaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Remarques		
Date et signature des inspecteurs		