

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....



### فرم بازرسی داروخانه های عرضه کننده شیرخشک های رژیمی و غذا های ویژه مشمول ارز دولتی

|   |      |                         |                    |            |            |
|---|------|-------------------------|--------------------|------------|------------|
| نام داروخانه:   |      | کد GLN:                 |                    | HIX:       |            |
| نوع داروخانه:   |      | شماره پروانه الکترونیک: |                    |            |            |
| نام و نام خانوادگی موسس/موسسین:   |      |                         |                    |            |            |
| کد / شماره و تاریخ پروانه تاسیس داروخانه:   |      | کد پستی داروخانه:       |                    |            |            |
| آدرس داروخانه:  |      |                         |                    |            |            |
| شماره تلفن داروخانه:  |      | شماره همراه موسس:       |                    |            |            |
|   |      | ضریب سهمیه دارویی:      |                    |            |            |
| آدرس انبار داروخانه:  |      |                         |                    |            |            |
| تاریخ بازرسی فعلی:  | روز: | مورخ:                   | تاریخ بازرسی قبلی: | ساعت ورود: | ساعت خروج: |
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی / قائم مقام صبح:   |      | ساعت کار:               | کدملی:             |            |            |
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی / قائم مقام عصر:   |      | ساعت کار:               | کدملی:             |            |            |
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی / قائم مقام شب:  |      | ساعت کار:               | کدملی:             |            |            |
| به داروخانه جهت رفع موارد تخلف گزارش شده به شرح زیر تذکر داده شده تا در مراجعه بعدی نسبت به رفع آن اقدام نماید: |      |                         |                    |            |            |
| ۱-  |      |                         |                    |            |            |
| ۲-  |      |                         |                    |            |            |
| ۳-  |      |                         |                    |            |            |
| ۴-  |      |                         |                    |            |            |
| بازرس   |      | بازرس                   |                    | مسئول فنی  |            |
|   |      |                         |                    |            |            |

اهواز-خیابان آزادگان-خیابان نظام وفا-بین رستگاری و آهنگری- معاونت غذا و دارو

تلفن: ۵۲-۳۲۲۳۲۳۴۶    شماره: ۳۲۲۳۲۳۴۴    کد پستی: ۶۱۹۳۶۴۵۶۳۱

[www.fdo-khz@ajums.ac.ir](http://www.fdo-khz@ajums.ac.ir)



شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

| فرم بازرسی داروخانه های عرضه کننده شیرخشک های رژیمی و غذا های ویژه مشمول ارز دولتی |  |       |         |
|--|--|-------|---------|
| ردیف   | شاخص ها  | بلی   | توضیحات |
| ۱  | آیا مسئول فنی مشاوره لازم درخصوص شرایط سنی مصرف و مورد مصرف شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه را به بیمار می دهد؟ (حداقل زمان مشاوره ۲ دقیقه) |       |         |
| ۲  | آیا شرایط نگهداری شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه در قفسه ها از نظر نور، دما و رطوبت رعایت می شود؟  |       |         |
| ۳  | آیا شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه بدون برچسب اصالت در داروخانه نگه داری شده و به فروش می رسد؟   |       |         |
| ۴  | آیا شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه تاریخ گذشته در داروخانه نگه داری شده و به فروش می رسد؟  |       |         |
| ۵  | آیا شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه تاریخ گذشته در انبار نگه داری شده و به فروش می رسد؟   |       |         |
| ۶  | آیا فاکتور خرید شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه در داروخانه نگه داری می شود؟  |       |         |
| ۷  | آیا گران فروشی شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه مشاهده می شود؟   |       |         |
| ۸  | آیا وضعیت ظاهری در داروخانه از نظر نظم و نظافت مناسب است ؟   |       |         |
| ۹  | آیا اطلاعات بیمار مطابق ابلاغ سازمان در سامانه HIX ثبت می شود؟   |       |         |
| ۱۰   | آیامستندات هویتی مرتبط با اطلاعات ثبت شده بایگانی می شود؟  |       |         |
| ۱۱   | آیا خرید شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه در ماه جاری مطابق فروش در ۶ماه گذشته انجام می شود؟ (پیش از ورود سازمان در توزیع و عرضه)            |       |         |
| ۱۲   | آیا داروخانه درخواست میزان بیشتری شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه دارد؟   |       |         |
| ۱۳   | آیا مدت زمان دریافت شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه از درخواست داروخانه کمتر از دو روز کاری است؟  |       |         |
| ۱۴   | آیا در داروخانه غذای کودک عرضه می گردد؟  |       |         |
| ۱۵   | آیا در داروخانه شیرخشک های معمولی عرضه می شود؟   |       |         |
| ۱۶   | آیا ممنوعیت تبلیغ شیرخشک توسط داروخانه رعایت شده است؟  |       |         |
| ۱۷   | آیا شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه موجود در داروخانه در معرض دید قرار داد؟   |       |         |
| ۱۸   | آیا آگهی تبلیغات نامناسب در زمینه شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه داروخانه وجود دارد؟   |       |         |
| ۱۹   | آیا کلیه پرسنل همکاری لازم را با بازرسی دارند؟   |       |         |
| ۲۰   | آیا داروخانه شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه را در سیستم تامین اجتماعی و یا سامانه های دیگری ثبت می کند؟                                    |       |         |
|  |  |       |         |
|  | مسئول فنی  | بازرس | بازرس   |
|  |  |       |         |

اهواز-خیابان آزادگان-خیابان نظام وفا-بین رستگاری و آهنگری- معاونت غذا و دارو

تلفن: ۵۲-۳۲۲۳۲۳۴۶ نمابر: ۳۲۲۳۲۳۶۴ کد پستی: ۶۱۹۳۶۴۵۶۳۱



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
جنوبی خاورمیانه



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان  
و آموزش پزشکی

شماره: .....  
تاریخ: .....  
پیوست: .....

### فرم بازرسی داروخانه های عرضه کننده شیرخشک های رژیمی و غذا های ویژه مشمول ارز دولتی

#### فهرست وضعیت توزیع شیرخشک های رژیمی و غذا های ویژه

| تعداد فروش ماه قبل | شرکت پخش | تعداد و تاریخ آخرین خرید | موجود | نام غذای ویژه  | تعداد فروش ماه قبل | شرکت پخش | تعداد و تاریخ آخرین خرید | موجود | نام شیرخشک رژیمی                        |
|--------------------|----------|--------------------------|-------|--|--------------------|----------|--------------------------|-------|---|
|                    |          |                          |       | ENSURE PREBIOTIC® 400 G POWD VANILLA                 |                    |          |                          |       | MILK ISOMIL NG SUCROSE FREE® 400 G      |
|                    |          |                          |       | PEDIASURE SMART CHOICE POWDER FSMP® POWDER 400 g     |                    |          |                          |       | MILK SIMILAC TOTAL COMFORT 2® 360 G     |
|                    |          |                          |       | SIMILAC HUMAN MILK FORTIFIER BABY FOOD® 0.9 G SACHET |                    |          |                          |       | MILK SIMILAC TOTAL COMFORT 1® 360 G     |
|                    |          |                          |       | GLUCERNA SR NG PARITY® 400 G POWD VANILLA            |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL PEPTI JUNIOR® 400 G        |
|                    |          |                          |       | SIMILAC NEOSURE WITH LCPS® 370 G POWDE               |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL PREMATURE® 400 G           |
|                    |          |                          |       | DIBEN® TUBE FEED                                     |                    |          |                          |       | MILK BEBELAC COMFORT® 400 G             |
|                    |          |                          |       | FREBINI ORIGINAL FIBRE®500 ML SOLUTION               |                    |          |                          |       | MILK BEBELAC HA 400                     |
|                    |          |                          |       | FRESUBIN-ORIGINAL®500 ML ORAL SOLUTION               |                    |          |                          |       | MILK BEBELAC PREMATURE® 400 G           |
|                    |          |                          |       | SURVIMED OPD®500 ML ORAL SOLUTION                    |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL PDF® 400 G                 |
|                    |          |                          |       | RECONVAN® 500ML ORAL SOLUTION                        |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL HA2® 400G                  |
|                    |          |                          |       | SUPPORTAN® 500ML ORAL SOLUTION                       |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL PRETERM® 70 ML LIQUID      |
|                    |          |                          |       | CALSHAKE® 90G SACHET CHOCOLATE                       |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL PEPTI® 400 G               |
|                    |          |                          |       | CALSHAKE® 87 G SACHET VANILLA                        |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL HA 1® 400 G                |
|                    |          |                          |       | CALSHAKE® 87 G SACHET STRAWBERRY                     |                    |          |                          |       | MILK APTAMIL PROTEIN SUPPLEMENT® 50x1 G |
|                    |          |                          |       | CALSHAKE® 87 G SACHET BANANA                         |                    |          |                          |       | Aptamil FMS® 200G                       |
|                    |          |                          |       | MILK KETOCAL VANILA (KETOCAL 4:1) 300 G              |                    |          |                          |       | MILK AL 110 INFANT (NESTLE) 400 G       |
|                    |          |                          |       | FORTIMEL VANILLA 335                                 |                    |          |                          |       | MILK NAN HA2® 400G                      |
|                    |          |                          |       | INFATRINI® 125 ML LIQUID                             |                    |          |                          |       | MILK NAN HA1® 400G                      |
|                    |          |                          |       | MCT OIL® 500 ML                                      |                    |          |                          |       | *****                                   |
|                    |          |                          |       | NUTRINI DRINK STRAWBERRY® 200 ML                     |                    |          |                          |       | NUTRINI DRINK VANILLA® 200 ML           |
|                    |          |                          |       | PEPTAMEN JUNIOR-NESTLE- 400G                         |                    |          |                          |       | RESOURCE JUNIOR -NESTLE- 400G           |
|                    |          |                          |       | PEPTAMEN -NESTLE- 430G                               |                    |          |                          |       | MILK PRE NAN® 400 G                     |
| مستول فنی          |          |                          | بازرس |  |                    | بازرس    |                          |       |   |
|                    |          |                          |       |  |                    |          |                          |       |   |

اهواز-خیابان آزادگان-خیابان نظام وفا-بین رستگاری و آهنگری- معاونت غذا و دارو

تلفن: ۵۲-۳۲۲۳۲۳۴۶ نمابر: ۳۲۲۳۲۳۴۶ کد پستی: ۶۱۹۳۶۴۵۶۳۱

[www.fdo-khz@ajums.ac.ir](http://www.fdo-khz@ajums.ac.ir)