



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان  
و آموزش پزشکی



تاریخ بازرسی:

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:                                                                                                                                                                                        |  |                         |  |                                 |  |
| تلفن داروخانه:                                                                                                                                                                                        |  | شماره همراه موسس:       |  |                                 |  |
| کد ملی موسس:                                                                                                                                                                                          |  | کد ملی مسئول فنی حاضر:  |  |                                 |  |
| آدرس انبار:                                                                                                                                                                                           |  |                         |  |                                 |  |
| تاریخ بازدید:                                                                                                                                                                                         |  | تاریخ بازدید قبل:       |  | ساعت ورود:                      |  |
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی / قائم مقام صبح:                                                                                                                                                         |  | ساعت کار:               |  | ساعت خروج:                      |  |
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی / قائم مقام عصر:                                                                                                                                                         |  | ساعت کار:               |  | کد ملی:                         |  |
| نام و نام خانوادگی مسئول فنی / قائم مقام شب:                                                                                                                                                          |  | ساعت کار:               |  | کد ملی:                         |  |
| <p>به داروخانه جهت رفع موارد نقص گزارش شده به شرح زیر تذکر داده شده تا نسبت به رفع آن اقدام گردد:</p> <p>۱- _____</p> <p>۲- _____</p> <p>۳- _____</p> <p>۴- _____</p> <p>۵- _____</p> <p>۶- _____</p> |  |                         |  |                                 |  |
| امضا و مشخصات سر بازرس                                                                                                                                                                                |  | امضا و مشخصات بازرس     |  | مهر و امضا مسئول فنی و داروخانه |  |
|                                                                                                                                                                                                       |  |                         |  |                                 |  |

این چک لیست در دو نسخه تنظیم و یک نسخه تحویل مدیر / مسئول فنی شرکت پخش شد.



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

| ردیف                   | شاخص ها                                                                                                                                     | بلی                             | خیر |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----|
| ۱                      | آیا مسئول فنی مشاوره لازم درخصوص شرایط سنی مصرف و مورد مصرف شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه را به بیمار می دهد؟<br>(حداقل زمان مشاوره ۲ دقیقه) |                                 |     |
| ۲                      | آیا شرایط نگه داری 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 ttac ثبت می شود؟                                                                             |                                 |     |
| ۱۰                     | آیا مستندات هویتی مرتبط با اطلاعات ثبت شده بایگانی می شود؟                                                                                  |                                 |     |
| ۱۱                     | آیا خرید شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه در ماه جاری مطابق فروش در ۶ ماه 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 بازرسین دارند؟                                                                                             |                                 |     |
| ۲۰                     | آیا داروخانه شیرخشک های رژیمی و غذای ویژه را در سیستم تامین اجتماعی و یا سامانه های مرتبط دیگر ثبت می کند؟                                  |                                 |     |
| امضا و مشخصات سر بازرس |                                                                                                                                             | امضا و مشخصات بازرس             |     |
|                        |                                                                                                                                             | مهر و امضا مسئول فنی و داروخانه |     |



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان  
و آموزش پزشکی



تاریخ بازرسی:

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

| نام شیرخشک رژیمی                        | موجود | تعداد و تاریخ آخرین خرید | شرکت پخش | تعداد فروش ماه قبل | نام غذای ویژه                                        | موجود | تعداد و تاریخ آخرین خرید | شرکت پخش | تعداد فروش ماه قبل |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------|------------------------------------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------|
| MILK ISOMIL NG SUCROSE FREE® ۴۰۰ G      |       |                          |          |                    | ENSURE PREBIOTIC® ۴۰۰ G POWD VANILLA                 |       |                          |          |                    |
| MILK SIMILAC TOTAL COMFORT ۲*۳۶۰ G      |       |                          |          |                    | PEDIASURE SMART CHOICE POWDER FSMP® POWDER ۴۰۰ g     |       |                          |          |                    |
| MILK SIMILAC TOTAL COMFORT ۱*۳۶۰ G      |       |                          |          |                    | SIMILAC HUMAN MILK FORTIFIER BABY FOOD® ۰٫۹ G SACHET |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL PEPTI JUNIOR® ۴۰۰ G        |       |                          |          |                    | GLUCERNA SR NG PARITY® ۴۰۰ G POWD VANILLA            |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL PREMATURE® ۴۰۰ G           |       |                          |          |                    | SIMILAC NEOSURE WITH LCPS® ۳۷۰ G POWDE               |       |                          |          |                    |
| MILK BEBELAC COMFORT® ۴۰۰ G             |       |                          |          |                    | DIBEN® TUBE FEED                                     |       |                          |          |                    |
| MILK BEBELAC HA ۴۰۰                     |       |                          |          |                    | FREBINI ORIGINAL FIBRE® ۵۰۰ ML SOLUTION              |       |                          |          |                    |
| MILK BEBELAC PREMATURE® ۴۰۰ G           |       |                          |          |                    | FRESUBIN-ORIGINAL® ۵۰۰ ML ORAL SOLUTION              |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL PDF® ۴۰۰ G                 |       |                          |          |                    | SURVIMED OPD® ۵۰۰ ML ORAL SOLUTION                   |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL HAY® ۴۰۰ G                 |       |                          |          |                    | RECONVAN® ۵۰۰ ML ORAL SOLUTION                       |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL PRETERM® ۷۰ ML LIQUID      |       |                          |          |                    | SUPPORTAN® ۵۰۰ ML ORAL SOLUTION                      |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL PEPTI® ۴۰۰ G               |       |                          |          |                    | CALSHAKE® ۹۰ G SACHET CHOCOLATE                      |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL HA ۱® ۴۰۰ G                |       |                          |          |                    | CALSHAKE® ۸۷ G SACHET VANILLA                        |       |                          |          |                    |
| MILK APTAMIL PROTEIN SUPPLEMENT® ۵۰x۱ G |       |                          |          |                    | CALSHAKE® ۸۷ G SACHET STRAWBERRY                     |       |                          |          |                    |
| Aptamil FMS® ۲۰۰ G                      |       |                          |          |                    | CALSHAKE® ۸۷ G SACHET BANANA                         |       |                          |          |                    |
| MILK AL ۱۱۰ INFANT (NESTLE) ۴۰۰ G       |       |                          |          |                    | MILK KETOCAL VANILA (KETOCAL ۴:۱) ۳۰۰ G              |       |                          |          |                    |
| MILK NAN HAY® ۴۰۰ G                     |       |                          |          |                    | FORTIMEL VANILLA ۳۳۵                                 |       |                          |          |                    |
| MILK NAN HA ۱® ۴۰۰ G                    |       |                          |          |                    | INFATRINI® ۱۲۵ ML LIQUID                             |       |                          |          |                    |
| *****                                   |       |                          |          |                    | MCT OIL® ۵۰۰ ML                                      |       |                          |          |                    |
| NUTRINI DRINK VANILLA® ۲۰۰ ML           |       |                          |          |                    | NUTRINI DRINK STRAWBERRY® ۲۰۰ ML                     |       |                          |          |                    |
| RESOURCE JUNIOR -NESTLE- ۴۰۰ G          |       |                          |          |                    | PEPTAMEN JUNIOR-NESTLE- ۴۰۰ G                        |       |                          |          |                    |
| MILK PRE NAN® ۴۰۰ G                     |       |                          |          |                    | PEPTAMEN -NESTLE- ۴۳۰ G                              |       |                          |          |                    |
| امضا و مشخصات سر بازرس                  |       |                          |          |                    | امضا و مشخصات بازرس                                  |       |                          |          |                    |
|                                         |       |                          |          |                    |                                                      |       |                          |          |                    |
| مهر و امضا مسئول فنی و داروخانه         |       |                          |          |                    |                                                      |       |                          |          |                    |
|                                         |       |                          |          |                    |                                                      |       |                          |          |                    |

این چک لیست در دو نسخه تنظیم و یک نسخه تحویل مدیر/مسئول فنی شرکت پخش شد.