



باسمه تعالی

معاونت دارو و غذا

فوریت
تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۰ - ۱۵:۰۲:۱۱
شماره داخلی ۵۳۴۹۲۶/۱۴۰۴
شماره ثبت صادره ۱۴۰۴/۰۳/۰۹/پ/۱۴۰۴ ص
تاریخ ثبت صادره ۱۴۰۴/۰۹/۱۰ - ۱۵:۴۹:۵۱
پیوست ندارد

نام و سمت گیرنده

ایدز، پیر و جوان، فقیر و غنی، شهری و روستایی نمی شناسد. همه در معرض ابتلا قرار دارند.

ردیف	نام و سمت گیرنده	کد	عملیات
۱	جناب آقای دکتر منفرد رئیس محترم انجمن داروسازان فارس		
۲	رئیس محترم کلیه شبکه ها		

موضوع فرم بازرسی از انبار داروخانه ها

با سلام و احترام

با توجه به لزوم بروز رسانی فرم بازرسی انبار داروخانه ها، به پیوست فرم بازرسی از انبار به حضورتان ارسال می گردد، خواهشمند است در بازرسی های صورت گرفته ضمن پرکردن فرم مربوطه، عکس امکانات موجود در انبار به همراه تاییدیه کد پستی ارسال گردد. با تشکر

اقدام کننده

مهدی خلیلی فومشی - رئیس اداره صدور پروانه های امور دارویی

نام و سمت مدیر واحد

دکتر محمدجواد خشنود معاون غذا و دارو

اطلاعات مدرک



تلفن ۸۵۲۳
کلید واژه
آدرس

پست الکترونیک mehdikhalili10@yahoo.com



معاونت غذا و دارو

شماره درخواست:

فرم بازرسی از انبار داروخانه

تاریخ درخواست:

نام داروخانه:

نام و نام خانوادگی مؤسس:

تاریخ بازرسی:

ساعت ورود به انبار داروخانه:

ساعت خروج از انبار داروخانه:

آدرس:

کدپستی:

ردیف	موارد ارزشیابی انبار داروخانه	بلی	خیر
۱	فضای مناسب و امکانات لازم جهت نگهداری صحیح داروها دما و رطوبت		
	قفسه بندی و پالت بندی متناسب با گنجایش انبار		
	وجود دماسنج		
	دماسنج در محل مناسب نصب شده		
	وجود رطوبت سنج		
	رطوبت سنج در محل مناسب نصب شده		
	سیستم سرمایش متناسب با فضای انبار		
	سیستم گرمایش متناسب با فضای انبار		
	قابلیت شست و شوی کف انبار		
	نور مناسب		
	بهداشتی بودن محیط		
	نصب دوربین		
	کپسول آتش نشانی		
	کپسول آتش نشانی در محل مناسب نصب شده		
	وجود یخچال		
	داروی یخچالی در انبار وجود دارد		
	وجود دیتالاگر یخچال		
	ارتفاع انبار		
	مساحت انبار		
	فاصله تا داروخانه		

آیا داروخانه انبار دیگری دارد؟ در صورت جواب مثبت، لطفاً آدرس انبار را ذکر کنید.
نشانی:

توضیحات:

نام و امضای مؤسس داروخانه

نام و امضای بازرسان