附件1

利州区药品零售企业日常监督检查表

单位名称： 经营地址：

法定代表人： 联系电话：

检查时间： 年 月 日 时 分至 时 分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 检查项目 | 检查结果 |
| \*1 | 是否持有效《药品经营许可证》和(或)《药品经营质量管理规范认证证书》经营药品。 | □是 □否 |
| \*2 | 是否伪造、变造、买卖、出租、出借《药品经营许可证》或者药品批准证明文件。 | □是 □否 |
| 3 | 药品经营管理制度及人员岗位职责是否健全。 | □是 □否 |
| \*4 | 是否存在超范围、超方式经营药品。 | □是 □否 |
| 5 | 处方药是否凭处方销售，处方药未经审核是否销售，处方审核、调配、核对人员是否在处方上签字或盖章。 | □是 □否 |
| 6 | 专管药品是否按规定销售并登记。 | □是 □否 |
| 7 | 企业是否对岗位人员开展法律法规及药品专业知识培训并建立培训档案。 | □是 □否 |
| 8 | 直接接触药品岗位的人员是否持合格健康证明上岗；企业是否建立岗位人员健康档案。 | □是 □否 |
| 9 | 执业药师是否在岗履职；不在岗是否挂牌明示。 | □是 □否 |
| 10 | 通过计算机系统记录数据，有关人员是否通过授权及密码登陆后进行数据录入或复核。 | □是 □否 |
| 11 | 是否建立药品采购、验收、销售、陈列检查、温湿度监测、不合格药品处理等记录；各项记录是否完整、准确。 | □是 □否 |
| 12 | 是否配有避光、通风、防潮、防虫、防鼠及温湿度监测等设施设备。 | □是 □否 |
| 13 | 是否对戥子称、温湿度监测设备等进行定期校准或检定。 | □是 □否 |
| 14 | 采购药品是否对供货单位进行合法性审查，是否索取有关证明文件。 | □是 □否 |
| \*15 | 是否从无资质企业购进药品。 | □是 □否 |
| 16 | 药品储存区是否与办公区和生活区分开或有效隔离。 | □是 □否 |
| 17 | 是否设有不合格药品专用场所。 | □是 □否 |
| 18 | 是否按说明书和标签标示要求存放药品。 | □是 □否 |
| 19 | 药品储存、陈列区域是否存放与经营活动无关的物品。 | □是 □否 |
| 20 | 药品是否离地隔墙存放；药品与非药品、外用药与其他药品、处方药与非处方药是否分开摆放；特殊管理药品是否专柜保存。 | □是 □否 |
| 21 | 中药饮片是否错斗、串斗，是否霉变、生虫。 | □是 □否 |
| \*22 | 经营企业是否在核准的地址以外的场所现货销售药品。 | □是 □否 |
| \*23 | 是否经营未标明或更改有效期、不注明或者更改生产批号、超过有效期或其他不符合药品标准的药品。 | □是 □否 |
| 24 | 销售拆零药品期间是否保留药品原包装和说明书，是否使用专用工具和包装。 | □是 □否 |
| 25 | 现场检查中发现的其他问题: | □是 □否 |

执法人员签名： 被检查单位（盖章）：

 年 月 日