|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5 |  |  |  |  | |  | |  |
| 焦作市疾控机构检查表 | | | | | | | | |
|
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | | |
| 许可证编号 |  | | | 负责人 |  | | | |
| 自查时间 |  | | | 联系电话 |  | | | |
| 序号 | 检查要点 | | | | 检查结果 | | 备注 | |
| 1 | 是否具有符合《疫苗储存和运输管理规范》的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。 | | | | 是□ 否□ | |  | |
| 2 | 接收或者购进疫苗时是否向疫苗生产企业、配送企业索要药品检验机构依法签发的生物制品每批检验合格或者审核批准证明（进口疫苗应提供进口药品通关单)复印件，并加盖企业印章，以及疫苗储存、运输全过程的温度监测记录等资料。 | | | | 是□ 否□ | |  | |
| 3 | 是否建立真实、完整的购进、储存、分发、供应记录，做到票、账、货、款一致。 | | | | 是□ 否□ | |  | |
| 4 | 是否及时扫码上传疫苗追溯信息； | | | | 是□ 否□ | |  | |
| 5 | 疫苗储存、运输是否严格执行《疫苗储存和运输管理规范》，查验温度监测记录。 | | | | 是□ 否□ | |  | |
| 检查发现的其他问题： | | | | | | | | |
| 需要说明的情况： | | | | | | | | |
| 被检查单位主要负责人签字（盖章）：      年   月   日 | | | | 执法人员签字：    年 月 日 | | | | |