2017年食品生产经营单位自查报告表

单位名称（公章）：　四川太极大药房连锁有限公司锦江区通盈街药店

地址：成都市锦江区通盈街640.642号
类型：□食品生产□食品流通　□餐饮服务

负责人（签字）：　赵君兰　　 联系电话：15828125838

时间： 2017 年 7 月 20 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **检查项目** | **检查内容** | **结果** | **整改期限** |
| **一、组织、制度建设** | 　　1.1、是否建立了食品安全责任制 | 　　是　 | 　　 |
| 　 1.2、是否有食品安全管理机构并配备专职或兼职食品安全管理人员 | 　 是　 | 　　 |
| 　　1.3、是否落实了食品安全责任制度，明确各岗位、环节从业人员的责任 | 　　是　 | 　　 |
| 　　1.4、是否定期检查食品安全并有记录 | 　　是　 | 　　 |
| 1.5、是否建立应急处置预案等 | 是　  |  |
| **二、许可证** | 　　2.1、有无食品生产经营许可证 | 　　是　 | 　　 |
| 　　2.2、食品生产经营许可证是否存在问题（过期、经营地址不符等） | 　　是　 | 　　 |
| **三、食品生产环境（仅生产单位填写）** | 　　3.1、生产环境是否定期清洁和保持良好 | 　　 | 　　 |
| 　　3.2、“三防”措施是否健全 | 　　 | 　　 |
| 　　3.3、是否具有足够的符合要求的设施设备 | 　　 | 　　 |
|  3.4、进货台账、销售记录是否完整 |  |  |
| **四、食品经营环境（仅经营单位填写）** |  4.1 经营场所环境是否整洁，是否与污染源保持规定的距离 | 是　 |  |
|  4.2 食品经营许可证载明的有关内容与实际经营是否相符 | 是　 |  |
| **五、健康管理** | 　　5.1、是否建立了从业人员健康管理制度和健康档案 | 　是　　 | 　　 |
| 　　5.2、从业人员是否取得健康合格证明 | 　是　　 | 　　 |
| 　　5.3、健康合格证明是否在有效期内 | 　是　　 | 　　 |
| 　　5.4、是否严格落实五病调离制度 | 　是　　 | 　　 |
| **六、落实索证、****索票制度** | 　　6.1、采购食品及原料、食品添加剂及食品相关产品是否验收并具有进货台账 | 　　是　 | 　　 |
| 　 6.2、库存食品是否在保质期内，原料贮存是否符合管理要求 | 　　是　 | 　　 |
| 　　6.3、是否存在国家禁止使用或来源不明的食品及原料、食品添加剂及食品相关产品 | 　　否　 | 　　 |
| 　 6.4、进货渠道是否符合规定，是否严格落实索证索票制度 | 　　是　 | 　　 |
| **七、清洗消毒****（仅餐饮单位填写）** | 　　7.1、是否配备有效清洗消毒设施，且数量满足实际需要 | 　　 | 　　 |
| 　 7.2、是否有餐饮具专用保洁设施 | 　　 | 　　 |
| 　　7.3、消毒池是否与其他水池混用 | 　　 | 　　 |
| 　 7.4、消毒人员是否掌握基本消毒知识 | 　　 | 　　 |
|  7.5、餐饮具消毒效果是否符合相关要求 |  |  |
| 　　7.6、原料清洗是否彻底，生熟是否分开，是否存在交叉污染 | 　　 | 　　 |
| **八、食品加工制作管理****（仅餐饮单位填写）** | 　　8.1、贮存食品原料的场所、设备是否保持清洁 | 　　 | 　　 |
| 　　8.2、贮存食品原料的场所是否存放有毒、有害物品及个人生活物品情况 | 　　 | 　　 |
| 　　8.3、运输食品原料的工具与设备设施是否保持清洁 | 　　 | 　　 |
| 　　8.4、是否使用超期变质等影响食品安全的可疑食品 | 　　 | 　　 |
| **九、食品安全专项检查** |  9.1、食用油、食品添加剂、动物检验检疫票、野生菌、白酒等专项检查是否合格（食品经营单位填写） | 　　 | 　　 |
|  9.2、销售的进口食品（含食用农产品、婴幼儿配方乳粉）标签标识是否符合相关规定 | 是　 |  |
|  9.3、销售的进口食品（含食用农产品、婴幼儿配方乳粉）报关手续、合格证明文件是否齐全、有效 | 是　 |  |
|  9.4、保健食品是否涉及非法宣传、会议营销等 | 否 |  |
|  9.5.、食用农产品销售是否符合《食用农产品销售质量安全办理办法》 | 是　 |  |
| **十、其他自查项目** |  10.1、是否存在环保方面问题 | 否 |  |
|  10.2、是否存在安全生产方面问题 | 否 |  |
|  10.3、是否进入网络平台进行销售 | 是 |  |
|  10.4、量化分级是否进行公示（餐饮服务单位填写） |  |  |
|  10.5、是否进行明厨亮灶（餐饮服务单位填写） |  |  |
|  10.6、餐厨垃圾是否由具有资质的单位回收并建立台账（餐饮服务单位填写） |  |  |