

Name of Organization: Shanvees Food Products

NC No.: D1 of 05

Section: Management

Team Leader: Aruna Amarendas

Relevant Standard: ISO 22000, 2018

Auditor :

Relevant Clause: 8.2.4 D)

Date of audit: 2021/11/11

Relevant company document :

Non-conformity detected:

Category: Major/Minor

Medical certificates for food handlers have not been available at the time of the audit.

.....
Auditor

.....
Team Leader

.....
Auditee

Correction:

Medical certificates will receive from laboratory.

.....
Auditee

.....
Date

Root cause for Non-conformity:

Due to the covid situation of the country
PHI and MOH officers are scheduled with
busy works.

.....
Auditee

.....
Date

Corrective action:

Date of completion:

Medical certificate will be taken from
Asiri health laboratory and get the Food
handlers certificate by MOH.

Rahman

Auditee

20/11/2021

Date

Verification of corrective action:

NC Closed/Open

Evidence provided for the corrective action taken
is verified as NC is closed

[Signature]
Auditor

20/11/2021

Date

Effectiveness of corrective action:

Corrective action is effective

[Signature]
Auditor

27.09.2022

Date

ආහාර හසුරුවන්නන් පිළිබඳ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ වාර්තාව

ලේඛනකරු වසන් පිරවිය යුතුය.

මූලකරු සමඟ නම : R. Shadha

වයස : 17

ස්ත්‍රී/පුරුෂ භවය : F

- කෙඳිනක හෝ ඔබට නිදන්ගත අනිසාර රෝගයක් වැළඳී තිබේ ද?
- කෙඳිනක හෝ ඔබට සංඝාතමාලය වැළඳී තිබේ ද?
- කෙඳිනක හෝ ඔබට උණසන්නිහන රෝග තත්වය වැළඳී තිබේ ද?
- කෙඳිනක හෝ ඔබට පහු රෝග (ගැලිමසසිය) වැළඳී තිබේ ද?

ඔව්/නැත
ඔව්/නැත
ඔව්/නැත
ඔව්/නැත

13/11/2021

වෛද්‍ය නිලධාරියා වසන් පිරවිය යුතුය.

| | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------|--------------------|
| නම | <u>R. Shadha</u> | දිනය | <u>2021-11-17</u> |
| ලිපිනය | <u>17/A Vihara m.w. Kolonnawa</u> | ජාතික හඳුනාගැනීමේ අංකය | - |
| දුරකථන අංකය (ගෑස්සිය ස්ථානය) | <u>011-2534411</u> | දුරකථන අංකය (නිවාස) | <u>076-7113107</u> |
| සායනික ජීරණ | | | |
| 1. නිදන්ගත අනිසාර රෝග ඉතිහාසය (දින 7ට වැඩි) | | ඔව් | නැත ✓ |
| 2. ඔහුට යම්, | | | ✓ |
| (i) වරින් වර හළු හෝ කහේ ගැඹිලි රෝගී තත්වයන් | | | ✓ |
| (ii) වරින් වර ඇතිවන බඩ ආබාධයක් | | | ✓ |
| (iii) වෙනස් රෝගී තත්වයන් (නිශ්චිතව සඳහන් කරන්න) | | | ✓ |
| 3. දිරිසකාලීන පවිත්‍ර යම් රෝගාබාධයක ඉතිහාසය | | | ✓ |
| 4. දැනට ඔහු පහත සඳහන් කර ඇති යම් රෝගී තත්වයන්ගෙන් පෙළෙන්නේ ද? | | | ✓ |
| (i) අක්වල, බාහුවල, හෝ මුහුණේ ඇතිවන හළු රෝගී තත්වයන් | | | ✓ |
| (ii) ඇතිලිවල පැයදීම හෙවි, හඬු තත්වයන් | | | ✓ |
| (iii) තාසයෙන් හෝ විදුරාසිවලින් ලේ ගැලීම | | | ✓ |
| (iv) උණ සන්නිහන (ආස් කහ පැහැති මලානික වීම) | | | ✓ |
| (v) උණ සමඟ සෙම්පෙට් | | | ✓ |
| (vi) අපේ, මැණික් කවුළුවේ ගිරි රෝගය පෙනෙන ස්ථානයක වඩාත්ව ඇති යහ සැරව වැස්සෙන කැපුම් හෝ කුඩා හෝ සැරව අඩංගු කුඩා | | | ✓ |
| 5. (i) දුම්බොත බවට සාක්ෂි පවතී (දුම්බොත බවට වන සාක්ෂිය පමණක් නුසුදුසුකමට හේතුවක් නොවේ) | | | ✓ |
| (ii) බුලත් හපන බවට යම් සාක්ෂි පවතී (බුලත් හපන බවට වන සාක්ෂිය පමණක් නුසුදුසුකමට හේතුවක් නොවේ) | | | ✓ |
| (iii) දුර්වල ස්වස්ථතාවයක් ඇති බවට යම් සාක්ෂි පවතී | | Satisfactory | NAD |
| 6. රසායනාගාර පරීක්ෂණ | | | Normal Flourent |
| (i) අයුරි AOC | | | NAD |
| (ii) යම් රෝග කාරකයක් සඳහා තාසය තෙත මාස්තු කළ පුළුන් රෝග | | | NAD |
| (iii) UFR (අවශ්‍ය නම්) | SAT | | Negative |
| (iv) වෙනත් යම් පරීක්ෂණ (කාරුණිකව නිශ්චිතව සඳහන් කරන්න) | | | |

සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ නිර්දේශය,

මා වසින් මෙම කැනෑක්කා පරීක්ෂණ කළ බවත් මාගේ දැනීමේ කැටයම්/ඡායා ආහාර හසුරුවන්නකු ලෙස සේවයේ නියුක්ත වීර්ණ පුද්ගල බවත් සහතික කරමි.

වෙනත් යම් සටහන්

[Signature]
වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන

08501
ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය

17/11/2021
දිනය

Dr. V. P. Eranga
Reg. Com. med

Medical Officer of Health
MOH Office
Kolonnawa

ආහාර හසුරුවන්නන් පිලිබඳ වෛද්‍ය පරීක්ෂණ වාර්තාව

ඉල්ලුම්කරු වසන් පිරවිය යුතුය.

මුලකරු සමඟ නම : R. shana
 වයස : 33 යළි/පුරුෂ භාවය : R
 කෙදිනක හෝ ඔබට නිදන්ගත අතීසාර රෝගයක් වැළඳී තිබේ ද? ඔව්/නැත
 කෙදිනක හෝ ඔබට සංඝටාලය වැළඳී තිබේ ද? ඔව්/නැත
 කෙදිනක හෝ ඔබට උණසන්නිසාන රෝග කත්තවය වැළඳී තිබේ ද? ඔව්/නැත
 කෙදිනක හෝ ඔබට පඤ් රෝග (ඇම්බියසිස්) වැළඳී තිබේ ද? ඔව්/නැත

b/p - 114/78 mm Hg

| වෛද්‍ය නිලධාරියා වසන් පිරවිය යුතු ය. | | | |
|--|-----------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| නම | R. shana | දිනය | 2021-11-17 |
| ලිපිනය | 17/A Vihara, m.w. kolonnawa | යාචිත හඳුනාගත් අංකය | - |
| දුරකථන අංකය (ස්ථානීය) | 011-2534411 | දුරකථන අංකය (නිවාස) | 0722179677 |
| සායනික තීරණ | | ඔව් | නැත |
| 1. නිදන්ගත අතීසාර රෝග ඉතිහාසය (දින 70 වැඩ) | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. ඔහුට යම්, | | | |
| (i) වසින් වර හමේ හෝ කපෝ ඇතිවන රෝගී කත්තවයන් | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (ii) වසින් වර ඇතිවන බෙඩි ආබාධයක් | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (iii) වෙනස් රෝගී කත්තවයන් (නිශ්චිතව සඳහන් කරන්න) | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. දීර්ඝකාලීන පවතින යම් රෝගාබාධයක ඉතිහාසය | | | |
| 4. දැනට ඔහු පහත සඳහන් කර ඇති යම් රෝගී කත්තවයන්ගෙන් පෙළෙන්නේ ද? | | | |
| (i) අක්වල, බාහුවල, හෝ මුහුණේ ඇතිවන හමේ රෝගී කත්තවයන් | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (ii) ඇඟිලිවල පැයවු ගෙඩි, ගවු කත්තවයන් | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (iii) නාසයෙන් හෝ වදුරුමසිවලින් ලේ ගැලීම | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (iv) උණ සන්නිසාන (ඇස් කහ පැහැති මලානික වීම) | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (v) උණ සමඟ පෙම්ගෙඩි | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (vi) අහෝ, මැණික් කවුළුව ගිරීමේ පෙනෙන ස්ථානයක වඩාත්ව ඇති සහ සැරව වැස්සෙන කැපුමක් හෝ කුඩාල හෝ සැරව අඩංගු කුඩාල | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. (i) දුම්බොන බවට සාක්ෂි පවතී (දුම්බොන බවට වන සාක්ෂිය පමණක් භුක්ෂුකමට හේතුවක් නොවේ) | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (ii) බුලත් හපන බවට යම් සාක්ෂි පවතී (බුලත් හපන බවට වන සාක්ෂිය පමණක් භුක්ෂුකමට හේතුවක් නොවේ) | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (iii) දුර්වල ස්වස්ථතාවයක් ඇති බවට යම් සාක්ෂි පවතී | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. රසායනාගාර පරීක්ෂණ | | | |
| (i) අසුඵ AOC | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (ii) යම් රෝග කාරකයක් සඳහා නාසය කෙත ඔත්තු කළ පුළුන් රෝද | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (iii) UFR (අවශ්‍ය නම්) | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (iv) වෙනත් යම් පරීක්ෂණ (කාරුණ්‍යකර නිශ්චිතව සඳහන් කරන්න) | | | <input checked="" type="checkbox"/> |

Signature

සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ නිර්දේශය,
 මා වසින් මෙම තැනැත්තා පරීක්ෂා කළ බවත් මාගේ දැනීමේ හැටියට ඔහු/ඇය ආහාර හසුරුවන්නකු ලෙස සේවයේ නියුක්ත
 කිරීමට සුදුසු බවක් සහතික කරමි.

වෙනත් යම් සටහන්

.....
 වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ අත්සන

.....
 ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය

17/11/2021
 දිනය

Medical Officer of Health
 MOH Office
 Kolonnawa

