



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (عرضه مواد غذایی)

کد فرم: ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

شبهه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

کد فرم: ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از یوفه (عرضه مواد غذایی)

مشخصات محل تصدی / مدیریت	مشخصات مالک / مدیر / متصدی
نوع فعالیت صنعتی: <input type="checkbox"/> کد واحد:	نام: <input type="text"/>
تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/>	نام خانوادگی: <input type="text"/>
تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/>	کد ملی: <input type="text"/>
تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/>	نام پدر: <input type="text"/>
تلفن همراه: <input type="text"/>	کدپستی: <input type="text"/>
تلفن ثابت: <input type="text"/>	
آدرس: <input type="text"/>	
روش تامین آب آشامیدنی: منابع بهداشتی شده <input type="checkbox"/> منبع غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> شبکه توزیع آب آشامیدنی <input type="checkbox"/> مخزن ذخیره آب <input type="checkbox"/>	
روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی <input type="checkbox"/> شبکه جمع آوری فاضلاب <input type="checkbox"/> چاه جذب <input type="checkbox"/> رها سازی در محیط <input type="checkbox"/>	

(الف): بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصدق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
آیا کارکنان شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۱
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۲
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۳
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۴
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۵
آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۶
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۷

(ب): بهداشت مواد غذایی

* آیا جایجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟						۸
* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟						۹
آیا شرایط نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۱۰
آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟						۱۱
آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟						۱۲
آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟						۱۳

امضاء



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی:

شبهه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸							
جک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (عرضه مواد غذایی)							
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات							
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	
		///	///	///	///	بلی <input checked="" type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
						اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	
						مصدق ندارد <input type="checkbox"/> -	
						مصدق ندارد <input type="checkbox"/> -	
						اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	
موارد مشمول بازرسی							
۱۴							* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه آب یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم و تمیز هستند؟
۱۵							* در صورت وجود ظروف و ابزار در ارتباط مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف و ابزار مذکور در نظر گرفته شده است؟
۱۶							آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۱۷							آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۸							در صورت وجود دستگاه مرتبط با مواد غذایی آب سالم و تمیز می باشد؟
۱۹							آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۲۰							آیا میز، صندلی و نیمکت ها سالم و تمیز می باشد؟
۲۱							آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۲۲							آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان							
۲۳							* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۴							آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۵							آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۶							آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۲۷							در صورت وجود سرویس بهداشتی پرستل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۸							آیا کف، دیوار و سقف محل سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟
۲۹							آیا کف، دیوار و سقف آبیاری یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۰							آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۳۱							آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲							آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟

دریافت



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبهه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

- ۱: مصداق ندارد شامل مواردی است که وجود آن الزامی نبوده و با عبارت "در صورت وجود" آغاز می گردد.
- ۲: اصلاح در محل شامل مواردی است که تا پایان زمان بازرسی قابل اصلاح در محل بوده و چنانچه همان نقص در بازرسی بعدی تکرار گردد با علامت X مشخص می شود.
 - ردیف هایی که با رنگ قرمز و * مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت بحرانی می باشد.
 - ردیف هایی که با رنگ مشکی مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت غیر بحرانی می باشد.

سید
لاشایی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (عرضه مواد غذایی)

تعداد نقص غیر بحرانی	تعداد نقص بحرانی	نوع بازرسی			تاریخ بازرسی
		صدور صلاحیت بهداشتی	رسیدگی به شکایات	دوره ای	

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تأیید کنندگان
				نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط
				نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
				نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان / شهرستان

رسیدگی