



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

# چک لیست بازرسی بهداشتی

از چاپخانه

کد فرم ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸



## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از جایخانه

مشخصات محل تصدی / مدیریت * نوع فعالیت صنفی: * کد واحد: * تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/> * 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"/> * 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"/> * تلفن همراه: * تلفن ثابت: * آدرس: * روش تامین آب آشامیدنی: منابع بهسازی شده <input type="checkbox"/> منبع غیر بهسازی <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"/>	مشخصات مالک / مدیر / متصدی * نام: * نام خانوادگی: * کد ملی: * نام پدر: * کد پستی:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

### (الف): بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
<b>موارد مشمول بازرسی</b>						
* آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، تاول یا جوش چرکین، محل را با یک نوار یا باند ضد آب کاملاً پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟						۱
* آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۲
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۳
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۴
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۵
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۶
آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۷
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۸
آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟						۹
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۱۰

دریاسارا



## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از جایخانه

#### (ب) : بهداشت مواد غذایی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بلی <input checked="" type="checkbox"/> / خیر <input type="checkbox"/> / مصداق ندارد <sup>۱</sup> - / اصلاح در محل <sup>۲</sup> +	
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
	/ /					موارد مشمول بازرسی	
۱۱						* در صورت استفاده از یخ آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۱۲						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟	
۱۳						* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟	
۱۴						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	
۱۵						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟	
۱۶						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟	
۱۷						آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	

#### (ج) : بهداشت ابزار و تجهیزات

۱۸						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟	
۱۹						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟	
۲۰						آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟	
۲۱						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟	
۲۲						آیا ظروف آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی سالم و تمیز می باشد؟	
۲۳						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه، و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۴						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟	
۲۵						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	
۲۶						آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟	
۲۷						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	
۲۸						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟	

ارسی



## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸		چک لیست بازرسی بهداشتی از چایخانه				درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل / /	نوبت و تاریخ بازرسی
		چهارم	سوم	دوم	اول		
وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +							
موارد مشمول بازرسی							ردیف
* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۲۹
آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۰
آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۱
آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟							۳۲
در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۳
در صورت وجود سرویس بهداشتی مراجعین آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۴
در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟							۳۵
در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۶
آیا پوشش دیوار آبدارخانه از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟							۳۷
آیا پوشش کف آبدارخانه از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟							۳۸
آیا پوشش سقف آبدارخانه به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟							۳۹
آیا کف، دیوار و سقف سالن پذیرایی سالم و قابل نظافت می باشد؟							۴۰
آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۴۱
آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟							۴۲
آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟							۴۳
آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟							۴۴
آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۴۵
آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۴۶
در صورت وجود هرگونه حوض، آب نما و امثال آن، آیا دارای شرایط بهداشتی می باشد؟							۴۷

امضاء



## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

### معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه 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.

- این چک لیست مختص مراکزی است که فقط عرضه چای در آن انجام می گردد.

دریغ



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸ چک لیست بازرسی بهداشتی از قهوه خانه

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

دریاسارت