



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی
از مراکز تولید و عرضه
محصولات

کد فرم ۱۲۳/۹۲۰۳۱۸



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه یخ

کد فرم: ۱۲۳/۹۲۰۳۱۸

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نوع فعالیت صنفی: <input type="checkbox"/> کد واحد:</p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* تلفن همراه: <input type="checkbox"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="checkbox"/></p> <p>* آدرس: <input type="checkbox"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* 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"/></p>	<p>مشخصات مالک / مدیر / متصدی</p> <p>* نام: <input type="text"/></p> <p>* نام خانوادگی: <input type="text"/></p> <p>* کد ملی: <input type="text"/></p> <p>* نام پدر: <input type="text"/></p> <p>* کد پستی: <input type="text"/></p>
--	--

(الف): بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
* 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 کارکنان دست اندرکار مواد غذایی دارای ناخن کوتاه هستند و ممنوعیت استفاده از لاک، ناخن مصنوعی، جواهرات و زیورآلات هنگام کار رعایت می گردد؟						۵
آیا ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل یخ رعایت می گردد؟						۶
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۷
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۸
آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی، هنگام کار از روپوش تمیز با رنگ روشن، بدون لک و پارگی، متناسب با نوع کار استفاده می نمایند؟						۹
آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۱۰
آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟						۱۱
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۱۲



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه یخ						
کد فرم: ۱۳۳/۹۲۰۳۱۸						
الف: بهداشت فردی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	
موارد مشمول بازرسی						ردیف
آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟						۱۳
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۱۴
ب: بهداشت مواد غذایی						
* آیا کیفیت آب مصرفی جهت تهیه یخ مطابق ضوابط می باشد؟						۱۵
* آیا کیفیت یخ تولیدی مطابق ضوابط می باشد؟						۱۶
* آیا جابجایی و حمل و نقل یخ به درستی انجام می گردد؟						۱۷
* آیا تفکیک محل نگهداری یخ و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟						۱۸
* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟						۱۹
آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟						۲۰
آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟						۲۱
آیا محلول ها ی ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟						۲۲
ب: بهداشت ابزار و تجهیزات						
* آیا جنس و مشخصات ظروف و تجهیزات مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۲۳
آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟						۲۴
آیا شستشوی ابزار و تجهیزات به روش صحیح انجام می گردد؟						۲۵
آیا ظروف بسته بندی یخ دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۲۶
آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟						۲۷
آیا مخزن ذخیره آب دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۲۸
آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟						۲۹
آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟						۳۰
آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟						۳۱



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

کد فرم: ۱۲۳/۹۲۰۳۱۸							چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه یخ								
(د): بهداشت ساختمان															
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 ^۱ - اصلاح در محل ^۲ +									
موارد مشمول بازرسی															
						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۳۲								
						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۳۳								
						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۳۴								
						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	۳۵								
						آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۳۶								
						آیا اتاق استراحت، از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟	۳۷								
						در صورت وجود سالن غذا خوری آیا کف، دیوار و سقف سالن سالم و قابل نظافت می باشد؟	۳۸								
						آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۳۹								
						در صورت وجود نماز خانه آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۴۰								
						آیا پوشش دیوار محل تولید از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟	۴۱								
						آیا پوشش کف محل تولید از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟	۴۲								
						آیا پوشش سقف محل تولید به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟	۴۳								
						آیا کف، دیوار و سقف سردخانه دارای ویژگی های لازم بوده و در ورودی آن مجهز به اهرم بازکننده از داخل می باشد؟	۴۴								
						آیا تاسیسات تامین کلر آب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۴۵								
						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟	۴۶								
						آیا دمای محل مطابق ضوابط می باشد؟	۴۷								
						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟	۴۸								
						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۴۹								
						آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۵۰								

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.



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:

- ردیف هایی که با رنگ مشکی مشخص شده است نشان دهنده شرایط یا حالت غیر بحرانی می باشد.

کد فرم: ۱۲۳/۹۲۰۳۱۸ **چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه یخ**

تعداد نقص غیر بحرانی	تعداد نقص بحرانی	نوع بازرسی			پتاریخ 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