



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه محصولات پروتئینی

کد فرم ۱۱۷/۹۲-۳۱۸



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: ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه محصولات پروتئینی

<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="text"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="text"/></p> <p>* آدرس: <input type="text"/></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
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل^۲ <input type="checkbox"/></p>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
* آیا کارکنان در صورت تماس مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف از ابزار مناسب یا 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 ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل مواد غذایی رعایت می گردد؟						۵
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۶
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۷
آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۸
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۹
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۱۰

(ب): بهداشت مواد غذایی

* آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟						۱۱
* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟						۱۲
* آیا مواد غذایی بالقوه خطرناک در دمای مناسب نگهداری می گردد؟						۱۳



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 عرضه محصولات پروتئینی						
کد فرم: ۱۱۷/۹۲۰۳۱۸						
(ب): بهداشت مواد غذایی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
	///					
۱۴						* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۱۵						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۱۶						آیا از قرار گرفتن محصولات و فرآورده های پروتئینی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟
۱۷						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۱۸						آیا مواد غذایی عرضه شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
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 های ضد عفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۲						آیا تاریخ ورود مواد غذایی به یخچال، فریزر یا سردخانه و انبار بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضاء است؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۲۳						* آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟
۲۴						* آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف در نظر گرفته شده است؟
۲۵						آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۲۶						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟
۲۷						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۸						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۲۹						آیا تخته کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۰						آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۳۱						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۳۲						آیا جنس و مشخصات ابزار و ظروفی که برای نگهداری مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟



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: ۱۱۷/۹۲۰۳۱۸							چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه محصولات پروتئینی							
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات							وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل / /	نوبت و تاریخ بازرسی	
موارد مشمول بازرسی														ردیف
آیا ابزار و ظروفی که برای نگهداری مواد غذایی استفاده می شود سالم و تمیز می باشند؟													۳۳	
آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟														۳۴
(د): بهداشت ساختمان														
* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟														۳۵
آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟														۳۶
آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟														۳۷
آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟														۳۸
در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟														۳۹
در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟														۴۰
آیا پوشش دیوار، کف و سقف محل سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟														۴۱
آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟														۴۲
در صورت وجود سردخانه ی مواد غذایی، آیا کف، دیوار و سقف آن دارای ویژگی های لازم بوده و در ورودی آن مجهز به اهرم بازکننده از داخل می باشد ؟														۴۳
آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟														۴۴
آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟														۴۵
آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟														۴۶
آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟														۴۷
آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟														۴۸

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.



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 عرضه محصولات پروتئینی کد فرم: ۱۱۷/۹۲۰۳۱۸

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