



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

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز کرایه ظروف مواد غذایی

کد فرم ۱۱۶/۹۲۰۳۱۸



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:

کد فرم: ۱۱۶/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز گرایه ظروف غذایی

| | |
|--|--|
| <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 |
| بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> + | / / | / / | / / | / / | / / | |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | |
| آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟ | | | | | | ۱ |
| آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟ | | | | | | ۲ |
| آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟ | | | | | | ۳ |
| آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟ | | | | | | ۴ |
| آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟ | | | | | | ۵ |
| آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟ | | | | | | ۶ |

(ب) بهداشت ابزار و تجهیزات

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|----|
| آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف در نظر گرفته شده است؟ | | | | | | ۷ |
| آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در محل نگهداری ظروف در نظر گرفته شده است؟ | | | | | | ۸ |
| آیا جنس همه ظروف و تجهیزات مواد غذایی که به مشتری تحویل داده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | ۹ |
| آیا همه ظروف و تجهیزاتی که به مشتری تحویل داده می شود سالم و تمیز می باشد؟ | | | | | | ۱۰ |
| آیا تمهیدات لازم برای جلوگیری از آلودگی ظروف و تجهیزات در انبار و هنگام حمل و نقل در نظر گرفته شده است؟ | | | | | | ۱۱ |
| آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟ | | | | | | ۱۲ |
| آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟ | | | | | | 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:

کد فرم: ۱۱۶/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز کرایه ظروف غذایی

(ب) : بهداشت ابزار و تجهیزات

| وضعیت: | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | نوبت و تاریخ بازرسی | ردیف |
|---|-------|-----|-----|-----|---|------------------------|------|
| | | | | | | | |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | | |
| آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟ | / / | / / | / / | / / | / / | | ۱۴ |
| آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟ | / / | / / | / / | / / | / / | | ۱۵ |
| آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟ | / / | / / | / / | / / | / / | | ۱۶ |

(د) : بهداشت ساختمان

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|----|
| * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | | ۱۷ |
| آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | | ۱۸ |
| آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | | ۱۹ |
| آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟ | | | | | | | ۲۰ |
| در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | | ۲۱ |
| آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری ظروف، سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟ | | | | | | | ۲۲ |
| آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟ | | | | | | | ۲۳ |
| آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟ | | | | | | | ۲۴ |
| آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | | ۲۵ |

۱: مصادق 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 گرایه ظروف مواد غذایی کد فرم: ۱۱۶/۹۲۰۳۱۸

| 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 |