



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

# چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی

کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸



## 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 کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی

کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸

|  |  |
|--|--|
| <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<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | نوبت و تاریخ<br>بازرسی |
|---|-------|-----|-----|-----|---|------------------------|
|   |       |     |     |     |   | ردیف                   |
| <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد<sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل<sup>۲</sup> <input type="checkbox"/></p>               | / /   | / / | / / | / / | / /                                     |                        |
| <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 کاملا 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 مواد غذایی 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 راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟   |       |     |     |     |   | 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:

| کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸  |                                |                              |                              |                                      |                                       | چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
|---|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|------------------------------|--|--|--|
| الف: بهداشت فردی  |                                |                              |                              |                                      |                                       |  |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| نوبت و تاریخ بازرسی   | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول                          | دوم                          | سوم                                  | چهارم                                 | وضعیت:   | نوبت و تاریخ بازرسی | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم |                              |  |  |  |
|   |                                | بلی <input type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/> | مصادق ندارد <input type="checkbox"/> | اصلاح در محل <input type="checkbox"/> |  |                     |                                |     |     |     | بلی <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| موارد مشمول بازرسی  |                                |                              |                              |                                      |                                       | ردیف   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟  |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۱۳   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| ب: بهداشت مواد غذایی  |                                |                              |                              |                                      |                                       |  |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا ممنوعیت عرضه مواد غذایی بالقوه خطرناک رعایت می گردد؟  |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۱۴   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا سبزیجات و صیفی جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟                        |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۱۵   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا دمای پخت مواد غذایی در حین طبخ رعایت می گردد؟   |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۱۶   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟   |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۱۷   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟                         |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۱۸   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۱۹   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟                               |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۰   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| * آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟        |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۱   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا جداسازی مواد غذایی خام و پخته، شسته و نشسته، رعایت می گردد؟   |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۲   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟                 |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۳   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟   |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۴   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۵   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا مدارک و مستندات لازم در مورد سوابق مربوط به خرید و ذخیره سازی مواد غذایی موجود می باشد؟             |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۶   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟                          |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۷   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟ |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۸   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟               |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۲۹   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |
| آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                     |                                |                              |                              |                                      |                                       | ۳۰   |                     |                                |     |     |     |                              |  |  |  |



## 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: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی

#### (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"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |      |  |
|                     | / /                            | / / | / / | / / | / /   |   |      |  |
| موارد مشمول بازرسی  |                                |     |     |     |       |   | / /  |  |
|                     |                                |     |     |     |       | آیا تاریخ ورود مواد غذایی به یخچال، فریزر یا سردخانه بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضاء است؟   | ۳۱   |  |

#### (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

|  |  |  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  |  | * آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟   | ۳۲ |
|  |  |  |  |  |  | * آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟   | ۳۳ |
|  |  |  |  |  |  | آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟                         | ۳۴ |
|  |  |  |  |  |  | آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟  | ۳۵ |
|  |  |  |  |  |  | آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟   | ۳۶ |
|  |  |  |  |  |  | آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟              | ۳۷ |
|  |  |  |  |  |  | آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی سالم و تمیز می باشد؟   | ۳۸ |
|  |  |  |  |  |  | آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟   | ۳۹ |
|  |  |  |  |  |  | آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه، طبخ و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | ۴۰ |
|  |  |  |  |  |  | آیا محل طبخ مواد غذایی از بالا و از روبرو دارای حفاظ می باشد؟  | ۴۱ |
|  |  |  |  |  |  | آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟                   | ۴۲ |
|  |  |  |  |  |  | آیا میزهای کار، روبه ضد زنگ و سالم دارند؟  | ۴۳ |
|  |  |  |  |  |  | آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟   | ۴۴ |
|  |  |  |  |  |  | آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟   | ۴۵ |
|  |  |  |  |  |  | آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟   | ۴۶ |
|  |  |  |  |  |  | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟   | ۴۷ |
|  |  |  |  |  |  | آیا کپسول اطفاء حریق در محل وجود دارد؟   | ۴۸ |
|  |  |  |  |  |  | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟  | ۴۹ |



## 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 کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی |                                |      |                   |        |        |  |
|--|--------------------------------|------|-------------------|--------|--------|--|
| کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸                                   |                                |      |                   |        |        |  |
| بهداشت ساختمان (د)                                   |                                |      |                   |        |        |  |
| نوبت و تاریخ بازرسی                                  | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول  | دوم               | سوم    | چهارم  | وضعیت:<br>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + |
|  |                                | ردیف | مورد مشمول بازرسی | مصادیق | مصادیق |  |
| ۵۰   |                                |      |                   |        |        | * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
| ۵۱   |                                |      |                   |        |        | آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
| ۵۲   |                                |      |                   |        |        | آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
| ۵۳   |                                |      |                   |        |        | آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟   |
| ۵۴   |                                |      |                   |        |        | آیا پوشش دیوار سقف و کف سالم و قابل نظافت می باشد؟   |
| ۵۵   |                                |      |                   |        |        | آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟  |
| ۵۶   |                                |      |                   |        |        | آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟   |
| ۵۷   |                                |      |                   |        |        | آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟  |
| ۵۸   |                                |      |                   |        |        | آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۵۹   |                                |      |                   |        |        | آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |

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:

کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت 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          |