



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

# چک لیست بازرسی بهداشتی

از مراکز عرضه ترشحات، شوریجات و عصاره گیری

کد فرم ۱۲۷/۹۲۰۳۱۸



## 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: ۱۲۷/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه ترشیجات، شورجات و عصاره گیری

<p style="text-align: center;"><u>مشخصات محل تصدی / مدیریت</u></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 style="text-align: center;"><u>مشخصات مالک / مدیر / متصدی</u></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 <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
<b>موارد مشمول بازرسی</b>						
* آیا کارکنان هنگام 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 دستور عمل انجام می دهند؟						۲
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۳
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؟						۴
آیا ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل نگهداری مواد غذایی رعایت می گردد؟						۵
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی 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 دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۱۱
آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟						۱۲
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						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: ۱۲۷/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه ترشحات، شوریجات و عصاره گیری

#### (ب): بهداشت مواد غذایی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/>	ردیف
		/ /	/ /	/ /	/ /		
	/ /					موارد مشمول بازرسی	
۱۴						* آیا سبزیجات و صیفی جات مصرفی قبل از استفاده شستشو می گردد؟	
۱۵						* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه، آیا دما در آن رعایت و کنترل می گردد؟	
۱۶						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟	
۱۷						* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟	
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						در صورت وجود ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو آیا در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟	
۲۲						آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	
<b>(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات</b>							
۲۳						تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟	
۲۴						در صورت وجود ظروف مرتبط با مواد غذایی آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف در نظر گرفته شده است؟	
۲۵						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلبه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۶						آیا ظروف نگهداری مواد غذایی سالم و تمیز می باشد؟	
۲۷						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای نگهداری و عرضه مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۸						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟	
۲۹						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۰						آیا ویتترین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	



## 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 ترشیجات، شورجات و عصاره گیری						
کد فرم: ۱۲۷/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصدق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> + -
		///	///	///	///	
موارد مشمول بازرسی						
۳۱						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۳۲						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۳۳						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۵						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۶						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۳۷						در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرستل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۸						آیا کف، دیوار و سقف محل عرضه سالم و قابل نظافت می باشد؟
۳۹						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۰						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؟
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؟

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: ۱۲۷/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه، ترشیجات شورجات و عصاره گیری

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