



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی)

کد فرم: ۱۳۵/۹۲۰۳۱۸



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شیکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۵/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی)

مشخصات محل تصدی / مدیریت نوع فعالیت صنعتی: ☐ بهداشتی ☐ خدماتی ☐ آموزشی ☐ ورزشی ☐ تفریحی ☐ ... تعداد کارکنان: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐ تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐ تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐ تلفن همراه: تلفن ثابت: آدرس: روش تامین آب آشامیدنی: منبع بهداشتی شده ☐ منبع غیر بهداشتی ☐ شبکه توزیع آب آشامیدنی ☐ مخزن ذخیره آب ☐ روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی ☐ شبکه جمع آوری فاضلاب ☐ چاه حاذق ☐ رها سازی در محیط ☐	مشخصات مالک / مدیر / متصدی نام: نام خانوادگی: کد ملی: نام پدر: کد پستی:
--	--

(الف) بهداشت فردی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
ردیف	فرم ثبت	///	///	///	///	بلی ☐ خبر ☐ ☐ مصداق ندارد ☐ اصلاح در محل ☐ +
۱						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، ناول یا جوش جریکین، محل را با یک توار یا پانده آب کاملاً پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟
۲						آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟
۳						آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟
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 فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟
۷						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟
۸						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟
۹						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی، هنگام کار از رویوش تمیز یا رنگ روشن، بدون لک و پارگی، متناسب با نوع کار استفاده می نمایند؟
۱۰						آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟
۱۱						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟

دستگاه



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شماره بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۵/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تجهیز و عرضه مواد غذایی)

(الف): بهداشت فردی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						بله ☒ خیر ☐ متضاد ندارد ☐ اصلاح در محل ☐
ردیف						
						موارد مشمول بازرسی
۱۲						آیا راهنمای شستوی 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؟

(ب): بهداشت مواد غذایی

۱۴						* آیا سرسبجات و حبیبی جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟
۱۵						* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟
۱۶						* آیا دمای پخت مواد غذایی در حین طبخ رعایت می گردد؟
۱۷						* آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟
۱۸						* آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟
۱۹						* در صورت وجود و استفاده از یخ، آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۰						* در صورت وجود و استفاده از تخم مرغ، آیا تخم مرغ مصرفی، در شرایط مناسب نگهداری می گردد؟
۲۱						* آیا تکنیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۲۲						* آیا ممنوعیت استفاده از رنگد اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۲۳						آیا جداسازی مواد غذایی خام و پخته، شسته و نشسته، گوشت قرمز و سفید در یخچال و فریزر رعایت می گردد؟
۲۴						آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟
۲۵						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۶						آیا یخ زدایی مواد غذایی منجمد به درستی انجام می گردد؟
۲۷						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرایند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۸						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۲۹						آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده، نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شماره بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی)						
کد فرم: ۱۳۵/۹۲۰۳۱۸						
(ب) : بهداشت مواد غذایی						
ردیف	نوعت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل / /	اول	دوم	سوم	چهارم
موارد مشمول بازرسی						
۳۰						آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۱						آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
(ج) : بهداشت ابزار و تجهیزات						
۳۲						* آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟
۳۳						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۳۴						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۳۵						آیا تمهیدات لازم برای شستوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۳۶						آیا شستوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟
۳۷						آیا جعبه های مقوایی، پاکت های کاغذی و ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۸						آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی سالم و تمیز می باشد؟
۳۹						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۴۰						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه، طبخ و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۱						آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلودگی هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟
۴۲						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۴۳						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۴						آیا ویربین ها، کابینت ها و قفسه ها سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۴۵						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۴۶						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟

کد رهگیری



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

کد فرم: ۱۳۵/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از یوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی)

(د) بهداشت ساختمان

نوعت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		بلی ☒ خیر ☐ مصداق ندارد ☐ اصلاح در محل ☐				
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
۴۷	* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟					
۴۸	آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟					
۴۹	آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟					
۵۰	آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد ناپید است؟					
۵۱	در صورت وجود سرویس بهداشتی پرمثل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟					
۵۲	آیا پوشش دیوار محل طبع از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟					
۵۳	آیا پوشش کف محل طبع از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟					
۵۴	آیا پوشش سقف محل طبع به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟					
۵۵	آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟					
۵۶	آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟					
۵۷	آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟					
۵۸	آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟					
۵۹	آیا وضعیت تهویه مطبوع بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟					
۶۰	آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟					

۱. مصداق ندارد شامل مواردی است که وجود آن الزامی نبوده و یا 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 با حالت بحرانی می باشد.

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

تاریخ: ۱۳۵۳/۰۳/۰۵



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شکله بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی) کد فرم: ۱۳۵/۹۲۰۳۱۸

تاریخ بازرسی	نوع بازرسی			تعداد نقص بحرانی	تعداد نقص غیر بحرانی
	دوره ای	رسیدگی به شکایات	صدور صلاحیت بهداشتی		

نوبت بازرسی	اول	دوم	سوم	چهارم
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				

امضاء