



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی

از مراکز عرضه خشکبار

کد فرم ۱۱۵/۹۲۰۳۱۸



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: ۱۱۵/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه خشکبار

مشخصات محل تصدی / مدیریت * نوع فعالیت صنفی: * کد واحد: * 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: منابع بهسازی شده ☐ منبع غیر بهسازی ☐ شبکه توزیع آب آشامیدنی ☐ مخزن ذخیره آب ☐ * روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی ☐ شبکه جمع آوری فاضلاب ☐ چاه جذب ☐ 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 فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		/ /	/ /	/ /	/ /	
ردیف	/ /					☐ بلی ☐ خیر ☐ مصداق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲ ☐ +
۱						* آیا در صورت تماس مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف از ابزار مناسب یا دستکش یکبار مصرف استفاده می شود؟
۲						آیا کارکنان 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 ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی 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 همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟

(ب): بهداشت مواد غذایی

۹						* در صورت وجود یخچال، فریزر و سردخانه آیا دما رعایت و کنترل می گردد؟
۱۰						* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۱۱						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟



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:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه خشکبار						
کد فرم: ۱۱۵/۹۲۰۳۱۸						
(ب): بهداشت مواد غذایی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						☐ بلی ☐ خیر ☐ مصداق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
۱۲						آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟
۱۳						آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟
۱۴						آیا ممنوعیت تماس مستقیم مواد غذایی که به صورت فله عرضه می گردد با کف زمین و سطوح آلوده رعایت می گردد؟
۱۵						آیا مواد غذایی آماده مصرف که به صورت فله عرضه می گردد در ظروف دارای پوشش مناسب نگهداری می گردد؟
۱۶						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۱۷						آیا شرایط نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۸						آیا مواد غذایی عرضه شده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۹						آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۰						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۱						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۲۲						*در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه آیا سالم هستند؟
۲۳						آیا تمیذات لازم برای شستشوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۲۴						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۵						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۲۶						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۲۷						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۲۸						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟



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 خشکبار						
کد فرم: ۱۱۵/۹۲۰۳۱۸						
(د) بهداشت ساختمان						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						☐ بلی ☐ خیر ☐ مصداق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲ ☐ +
ردیف	/ /					موارد مشمول بازرسی
۲۹						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۰						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۱						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۳۳						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴						آیا کف، دیوار و سقف محل سالم و قابل نظافت می باشد؟
۳۵						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۶						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 ؟
۳۷						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۳۸						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۳۹						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۴۰						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۱						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: ۱۱۵/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه خشکبار

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 بازررس بهداشت محیط				
نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان				
نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان/ شهرستان				