



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

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی

شبه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

جگ لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

مشخصات محل تصدی / مدیریت

مشخصات مالک / مدیر / متصدی

نوع فعالیت صنعتی

ام:

کد واحد:

تعداد کارکنان: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐

ام خانوادگی:

تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐

تلفنی:

تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐

نام پدر:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

نمونه:

روش تامین آب آشامیدنی: منابع بهداشتی شده ☐ منبع غیر بهداشتی ☐ شبکه توزیع آب آشامیدنی ☐ مخزن ذخیره آب ☐
روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی ☐ شبکه جمع آوری فاضلاب ☐ چاه جذب ☐ رها سازی در محیط ☐

(الف) بهداشت فردی

بیت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
بند						بلی ☐ خیر ☐ ☐ معائن ندارد ☐ اصلاح در محل ☐ +
۱						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، تاول یا جوش چرکین، محل را با یک نوار یا پانده ضد آب کاملاً پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟
۲						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی شستوی 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 داخلی رعایت می گردد؟
۵						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؟
۶						آیا ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل مواد غذایی 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 روبوش تمیز با 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؟



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: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

جگ لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

(الف): بهداشت فردی

وبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						بلی ☒ خیر ☐ ☐ تصدیق ندارد ☐ اصلاح در محل ☐ +
بف	/ /					
موارد مشمول بازرسی						
۱۲						آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟
۱۳						آیا راهنمای شستوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟
۱۴						آیا همه ی کارکنان مشمول دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت احصاف می باشند؟

(ب): بهداشت مواد غذایی

۱۵						* آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟
۱۶						* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟
۱۷						* آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد رعایت می گردد؟
۱۸						* آیا متنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۱۹						* آیا تکنیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۲۰						آیا جداسازی گوشت قرمز و سفید در یخچال و فریزر رعایت می گردد؟
۲۱						آیا از قرار گرفتن محصولات و فرآورده های گوشتی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟
۲۲						آیا بسته بندی مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۳						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرایند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۴						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۲۵						آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟

(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

۲۶						* آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟
۲۷						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۲۸						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۲۹						آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شستوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟

کد ملی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شکله بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

وبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بله ☒ خیر ☐ عدمی ندارد ☐ اصلاح در محل ☐	یاد
موارد مشمول بازرسی							
۳۰						آیا شستوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟	
۳۱						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلبه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۲						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟	
۳۳						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟	
۳۴						آیا تخته و کنده کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۵						آیا ویترین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشد؟	
۳۶						آیا جنس و مشخصات ابزار و ظروفی که برای فرآوری و نگهداری مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۷						آیا ابزار و ظروفی که برای فرآوری و نگهداری مواد غذایی استفاده می شود سالم و تمیز می باشد؟	
۳۸						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	
۳۹						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟	
(د): بهداشت ساختمان							
۴۰						آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۴۱						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۴۲						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۴۳						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	
۴۴						در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۴۵						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟	
۴۶						در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۴۷						آیا پوشش دیوار محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟	

کد رهگیری



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی

شکله بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸							چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ			
(د) بهداشت ساختمان										
ردیف	نوع و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل / /	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:			
							بلی ☒	خیر ☐	مصادق ندارد ☐	اصلاح در محل ☐
موارد مشمول بازرسی										
۴۸										آیا پوشش کف محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۴۹										آیا پوشش سقف محل به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟
۵۰										آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۱										در صورت وجود سردخانه ی مواد غذایی، آیا کف، دیوار و سقف آن دارای ویژگی های لازم بوده و در ورودی آن مجهز به احرم بازکننده از داخل می باشد؟
۵۲										آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۵۳										آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۵۴										آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۵۵										آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۶										آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟

۱: مصادق 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 * مشخص می شود.

در بیمار

- 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.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

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 نائید 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				

دریافت