



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

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز سبزی خردکنی

کد فرم ۱۱۴/۹۲۰۳۱۸



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: ۱۱۴/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز سبزی خورد کنی

مشخصات محل تصدی / مدیریت		مشخصات مالک / مدیر / متصدی	
* نوع فعالیت صنعتی:		* نام:	
* کد واحد:		* نام خانوادگی:	
* تعداد کارکنان: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم		* کد ملی:	
* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم		* نام پدر:	
* تلفن همراه:		* کد پستی:	
* 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 جاذب ☐ رها سازی در محیط ☐			

(الف) بهداشت فردی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
ردیف	آخرین بازرسی فرم قبل	/ /	/ /	/ /	/ /	بلی ☐ خیر ☐ مصداق 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 باند ضد 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 روپوش 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؟
۱۲						آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟
۱۳						آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل 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 سبزی خرد کنی						
کد فرم: ۱۱۴/۹۲۰۳۱۸						
(الف): بهداشت فردی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
ردیف	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	بلی ☒ خیر ☐ مصادق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲ ☐ ☐
						موارد مشمول بازرسی
۱۴						آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟
(ب): بهداشت مواد غذایی						
۱۵						* آیا سبزیجات و صیفی جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟
۱۶						* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه، آیا دما در آن رعایت و کنترل می گردد؟
۱۷						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۱۸						* آیا ممنوعیت استفاده از مواد افزودنی نظیر رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۱۹						در صورت وجود سبزیجات و صیفی جات خرد شده، سرخ شده، بخار پز شده و امثال آن آیا فرایند خرد کردن، طبخ و عرضه در محل عرضه انجام می گردد؟
۲۰						آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟
۲۱						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۲						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۳						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۲۴						آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۵						در صورت وجود ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو آیا در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟
۲۶						آیا محلول ها ی ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۲۷						* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه، آیا سالم هستند؟
۲۸						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۲۹						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۳۰						تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۳۱						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟



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 سبزی خرد کنی						
کد فرم: ۱۱۴/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						بلی ☒ خیر ☐ ☐ مصادق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲ ☐ ☐
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
۳۲						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۳						آیا ظروف طبخ یا آماده سازی مواد غذایی سالم و تمیز می باشد؟
۳۴						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۳۵						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه یا طبخ مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۶						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۳۷						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۸						در صورت وجود ویتربین، کابینت و قفسه آیا تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۳۹						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۴۰						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۴۱						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۲						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۳						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۴						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۴۵						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۶						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟
۴۷						در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۸						آیا پوشش دیوار محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۴۹						آیا پوشش کف محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۵۰						آیا پوشش سقف محل به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟
۵۱						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۲						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؟



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 سبزی خرد کنی						
کد فرم: ۱۱۴/۹۲۰۳۱۸						
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
۵۳						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۵۴						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۵۵						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۵۶						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۷						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 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

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

کد فرم: ۱۱۴/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز سبزی خوردنی

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
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				