



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

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه فرآورده های لبنی سنتی

کد فرم ۱۱۸/۹۲-۳۱۸



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: ۱۱۸/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه فرآورده های لبنی سنتی

مشخصات مالک / مدیر / متصدی		مشخصات محل تصدی / مدیریت			
* نام:		* نوع فعالیت صنفی:			
* نام خانوادگی:		* کد واحد:			
* کد ملی:		* تعداد کارکنان: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐			
* نام پدر:		* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول ☐ بازرسی دوم ☐ بازرسی سوم ☐ بازرسی چهارم ☐			
* کد پستی:		* 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 ☐			
(الف): بهداشت فردی					
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم
		وضعیت:	وضعیت:	وضعیت:	وضعیت:
ردیف		بلی ☐	خیر ☐	مصادق ندارد ☐	اصلاح در محل ☐
		/ /	/ /	/ /	/ /
موارد مشمول بازرسی					
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 ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی 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 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؟



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 تولید و عرضه فرآورده های لبنی سنتی						
کد فرم: ۱۱۸/۹۲۰۳۱۸						
(الف): بهداشت فردی						
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						
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؟
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 جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟
۱۶						* آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟
۱۷						* آیا در نگهداری مواد غذایی بالقوه خطرناک زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟
۱۸						* در صورت وجود و عرضه تخم مرغ آیا در شرایط مناسب نگهداری می گردد؟
۱۹						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۲۰						* آیا ممنوعیت استفاده از مواد افزودنی نظیر رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۲۱						آیا مواد غذایی بسته بندی شده (نظیر لبنیات با بسته بندی سنتی) 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						آیا محلول ها ی ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۲۶						* آیا یخچال، فریزر و 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 شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته 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 تولید و عرضه فرآورده های لبنی سنتی						
کد فرم: ۱۱۸/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
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
۳۰						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟
۳۱						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲						آیا ظروف طبخ، آماده سازی و عرضه مواد خوردنی و آشامیدنی سالم و تمیز می باشد؟
۳۳						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۳۴						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه، طبخ و عرضه مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۵						آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلودگی هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟
۳۶						آیا میزهای کار، روبه ضد زنگ و سالم دارند؟
۳۷						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
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						آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل 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						آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۷						آیا پوشش دیوار گرمخانه و محل تولید از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۴۸						آیا پوشش کف گرمخانه و محل تولید از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۴۹						آیا پوشش سقف گرمخانه و محل تولید فرآوردهای لبنی به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبهه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه فرآورده های لبنی سنتی						
کد فرم: ۱۱۸/۹۲۰۳۱۸						
(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					
۵۰						آیا کف، دیوار و سقف محل عرضه فرآورده های لبنی سالم و قابل نظافت 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 ؟
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 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

شبهه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز تولید و عرضه فرآورده های لبنی سنتی کد فرم: ۱۱۸/۹۲۰۳۱۸

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
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				