



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

# چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه محصولات پروتئینی

کد فرم ۱۱۷/۹۲-۳۱۸



## 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: ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه محصولات پروتئینی

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| مشخصات محل تصدی / مدیریت<br>* نوع فعالیت صنفی: <input type="text"/><br>* کد واحد: <input type="text"/><br>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/><br>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/><br>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/><br>* تلفن همراه: <input type="text"/><br>* تلفن ثابت: <input type="text"/><br>* آدرس: <input type="text"/><br>* روش تامین آب آشامیدنی: منابع بهسازی شده <input type="checkbox"/> منبع غیر بهسازی <input type="checkbox"/> شبکه توزیع آب آشامیدنی <input type="checkbox"/> مخزن ذخیره آب <input type="checkbox"/><br>* روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی <input type="checkbox"/> شبکه جمع آوری فاضلاب <input type="checkbox"/> چاه جذب <input type="checkbox"/> رها سازی در محیط <input type="checkbox"/> |  | مشخصات مالک / مدیر / متصدی<br>* نام: <input type="text"/><br>* نام خانوادگی: <input type="text"/><br>* کد ملی: <input type="text"/><br>* نام پدر: <input type="text"/><br>* کد پستی: <input type="text"/> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### (الف): بهداشت فردی

| نوبت و تاریخ<br>بازرسی | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        |                                         | / / | / / | / / | / /   | <div><input checked="" type="checkbox"/> بلی</div> <div><input type="checkbox"/> خیر</div> <div><input type="checkbox"/> مصداق ندارد<sup>۱</sup></div> <div><input type="checkbox"/> اصلاح در محل<sup>۲</sup></div> |
|                        |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                     |
| موارد مشمول بازرسی     |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                     |
| ۱                      |                                         |     |     |     |       | * آیا کارکنان در صورت تماس مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف از ابزار مناسب یا 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 ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل مواد غذایی رعایت می گردد؟                                                                                                                               |
| ۶                      |                                         |     |     |     |       | آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟                                                                                                                                                               |
| ۷                      |                                         |     |     |     |       | آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟                                                                                                                                                 |
| ۸                      |                                         |     |     |     |       | آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟                                                                                                                                                                 |
| ۹                      |                                         |     |     |     |       | آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟                                                                                                                                                        |
| ۱۰                     |                                         |     |     |     |       | آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟                                                                                                              |

### (ب): بهداشت مواد غذایی

|    |  |  |  |  |  |                                                               |
|----|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------------------|
| ۱۱ |  |  |  |  |  | * آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟    |
| ۱۲ |  |  |  |  |  | * آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟  |
| ۱۳ |  |  |  |  |  | * آیا مواد غذایی بالقوه خطرناک در دمای 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:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

| چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه محصولات پروتئینی |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کد فرم: ۱۱۷/۹۲۰۳۱۸                                    |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                  |
| (ب): بهداشت مواد غذایی                                |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                  |
| نوبت و تاریخ<br>بازرسی                                | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                                                                                                                                                                                           |
|                                                       |                                         |     |     |     |       | <input type="checkbox"/> بلی<br><input checked="" type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup><br><input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup><br><input type="checkbox"/> + |
| ردیف                                                  | موارد مشمول بازرسی                      |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                  |
| ۱۴                                                    |                                         |     |     |     |       | * آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟                                                                                                                 |
| ۱۵                                                    |                                         |     |     |     |       | * آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟                                                                                                                                        |
| ۱۶                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا از قرار گرفتن محصولات و فرآورده های پروتئینی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟                                                                                                                 |
| ۱۷                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                                                                                                                                                      |
| ۱۸                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا مواد غذایی عرضه شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                                                                                                                                                           |
| ۱۹                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟                                                                                                                                   |
| ۲۰                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟                                                                                                          |
| ۲۱                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا محلول ها ی ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                                                                                                                             |
| ۲۲                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا تاریخ ورود مواد غذایی به یخچال، فریزر یا سردخانه و انبار بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضاء است؟                                                                                    |
| (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات                           |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                  |
| ۲۳                                                    |                                         |     |     |     |       | * آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟                                                                                                                                                            |
| ۲۴                                                    |                                         |     |     |     |       | * آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف در نظر گرفته شده است ؟                                                                                                                                                       |
| ۲۵                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟                                                                                                                                                |
| ۲۶                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟                                                                                                                                                                       |
| ۲۷                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                            |
| ۲۸                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟                                                                                                                                                                 |
| ۲۹                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا تخته کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                                       |
| ۳۰                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟                                                                                                                                                 |
| ۳۱                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟                                                                                                                                                         |
| ۳۲                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا جنس و مشخصات ابزار و ظروفی که برای نگهداری مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم 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 عرضه محصولات پروتئینی |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کد فرم: ۱۱۷/۹۲۰۳۱۸                                    |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                            |
| (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات                           |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                            |
| نوبت و تاریخ<br>بازرسی                                | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                                                                                                                                                     |
|                                                       |                                         |     |     |     |       | بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> + |
| ردیف                                                  | موارد مشمول بازرسی                      |     |     |     |       |                                                                                                                                                                            |
| ۳۳                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا ابزار و ظروفی که برای نگهداری مواد غذایی استفاده می شود سالم و تمیز می باشند؟                                                                                          |
| ۳۴                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟                                                                                                          |
| (د): بهداشت ساختمان                                   |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                            |
| ۳۵                                                    |                                         |     |     |     |       | * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                          |
| ۳۶                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                              |
| ۳۷                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                      |
| ۳۸                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟                                                                                                           |
| ۳۹                                                    |                                         |     |     |     |       | در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                     |
| ۴۰                                                    |                                         |     |     |     |       | در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟                                                                                    |
| ۴۱                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا پوشش دیوار، کف و سقف محل سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟                                                                                                              |
| ۴۲                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                          |
| ۴۳                                                    |                                         |     |     |     |       | 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؟                                   |
| ۴۴                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟                                                                                                      |
| ۴۵                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟                                                                                                                                   |
| ۴۶                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟                                                                                                                                      |
| ۴۷                                                    |                                         |     |     |     |       | آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                 |
| ۴۸                                                    |                                         |     |     |     |       | 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:

کد فرم: ۱۱۷/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه محصولات پروتئینی

| 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          |     |     |     |       |