



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

چک لیست بازرسی بهداشتی

از چایخانه

کد فرم ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸



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: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از چایخانه

مشخصات محل تصدی / مدیریت				مشخصات مالک / مدیر / متصدی			
* نوع فعالیت صنفی:				* 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:			
* تعداد کارکنان مشمول دارای 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							
وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی	ردیف
بلی ☐ خیر ☐ مصادق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲ ☐ + ☐	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
موارد مشمول بازرسی							
* 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؟						۱	
* آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۲	
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۳	
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۴	
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۵	
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۶	
آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۷	
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۸	
آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟						۹	
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۱۰	



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 چایخانه						
کد فرم: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸						
(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						
۱۱						* در صورت استفاده از یخ آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۲						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۱۳						* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۱۴						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۱۵						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۱۶						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۱۷						آیا محلول ها ی ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۱۸						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۱۹						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۲۰						آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۲۱						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟
۲۲						آیا ظروف آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی سالم و تمیز می باشد؟
۲۳						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه، و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۴						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۲۵						آیا ویتترین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۲۶						آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟
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

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

چک لیست بازرسی بهداشتی از جایخانه						
کد فرم: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸						
(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 های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴						در صورت وجود سرویس بهداشتی مراجعین آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۵						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فراوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟
۳۶						در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۷						آیا پوشش دیوار آبدارخانه از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۳۸						آیا پوشش کف آبدارخانه از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۳۹						آیا پوشش سقف آبدارخانه به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟
۴۰						آیا کف، دیوار و سقف سالن پذیرایی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۴۱						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۲						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۴۳						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۴۴						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۴۵						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۶						آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۷						در صورت وجود هرگونه حوض، آب نما و امثال آن، آیا دارای شرایط بهداشتی 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:

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.

- این چک لیست مختص مراکزی است که فقط عرضه چای در آن انجام می گردد.



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: ۱۲۱/۹۲۰۳۱۸	چک لیست بازرسی بهداشتی از قهوه خانه
--------------------	-------------------------------------

تاریخ بازرسی	نوع بازرسی			تعداد نقص بحرانی	تعداد نقص غیر بحرانی
	دوره ای	رسیدگی به شکایات	صدور صلاحیت بهداشتی		

نوبت بازرسی	مشخصات تأیید کنندگان	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				