



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

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز گرایه ظروف مواد غذایی

کد فرم ۱۱۶/۹۲۰۳۱۸



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: ۱۱۶/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز گرایه ظروف غذایی

مشخصات محل تصدی / مدیریت * نوع فعالیت صنفی: * کد واحد: * تعداد کارکنان: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم * تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم * تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم * 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 ☐		مشخصات مالک / مدیر / متصدی * نام: * نام خانوادگی: * کد ملی: * نام پدر: * کد پستی:	
---	--	---	--

(الف) بهداشت فردی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		/ /	/ /	/ /	/ /	بلی ☐ خیر ☐ مصادق ندارد ☐ اصلاح در محل ☐ + ☐
ردیف						موارد مشمول بازرسی
۱						آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟
۲						آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟
۳						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟
۴						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟
۵						آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟
۶						آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟

(ب) بهداشت ابزار و تجهیزات

۷						آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف در نظر گرفته شده است؟
۸						آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در محل نگهداری ظروف در نظر گرفته شده است؟
۹						آیا جنس همه ظروف و تجهیزات مواد غذایی که به مشتری تحویل داده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۰						آیا همه ظروف و تجهیزاتی که به مشتری تحویل داده می شود سالم و تمیز می باشد؟
۱۱						آیا تمهیدات لازم برای جلوگیری از آلودگی ظروف و تجهیزات در انبار و هنگام حمل و نقل در نظر گرفته شده است؟
۱۲						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۱۳						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟



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 کرایه ظروف مواد غذایی						
(ب) : 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
موارد مشمول بازرسی						
۱۴						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
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؟
(د) : بهداشت ساختمان						
۱۷						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۸						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۹						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۰						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۲۱						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۲						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری ظروف، سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟
۲۳						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۲۴						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۲۵						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

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز گرایه ظروف غذایی کد فرم: ۱۱۶/۹۲۰۳۱۸

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				