



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

# چک لیست بازرسی بهداشتی از آرایشگاه و سالن‌های زیبایی زنانه

کد فرم: ۳۱۸-۹۲۰/۱۴۲۲



## 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: ۱۴۲/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از آرایشگاه و سالن های زیبایی زنانه

<p style="text-align: center;"><u>مشخصات محل تصدی / مدیریت</u></p> <p>* نام واحد: <input type="text"/></p> <p>* کد واحد: <input type="text"/></p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* تلفن همراه: <input type="text"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="text"/></p> <p>* آدرس: <input type="text"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* 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"/></p>	<p style="text-align: center;"><u>مشخصات مالک / مدیر / متصدی</u></p> <p>* نام: <input type="text"/></p> <p>* نام خانوادگی: <input type="text"/></p> <p>* کد ملی: <input type="text"/></p> <p>* نام پدر: <input type="text"/></p> <p>* کد پستی: <input type="text"/></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### (الف) بهداشت فردی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						بلی <input type="checkbox"/>
		/ /	/ /	/ /	/ /	
<b>ردیف</b>	<b>/ /</b>					<b>موارد مشمول بازرسی</b>
۱						* آیا کارکنان شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستور عمل انجام می دهند؟
۲						آیا ممنوعیت کار در کارکنان مبتلا به بیماری های واگیر و تنفسی تا زمان بهبودی رعایت می گردد؟
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 کارکنان هنگام کار از روپوش تمیز بدون لک و پارگی، و وسایل حفاظت فردی متناسب با نوع فعالیت استفاده می نمایند؟
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 کارت بهداشت معتبر می باشند؟
۱۰						آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟



## 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 آرایشگاه و سالن های زیبایی زنانه

کد فرم: ۱۴۲/۹۲۰۳۱۸

#### (ب): بهداشت ابزار و تجهیزات

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه	نوبت و تاریخ بازرسی
					آخرین بازرسی فرم قبل	
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	ردیف
موارد مشمول بازرسی						
*در صورت وجود ابزار یا وسایلی که در پوست نفوذ پیدا می کند (نظیر تیغ، سوزن و امثال آن) آیا به صورت یکبار مصرف و استریل برای هر مشتری استفاده می گردد؟						۱۱
*آیا شستشوی و گندزدایی ابزار و وسایل غیر یکبار مصرف به روش صحیح انجام می گردد؟						۱۲
*در صورت وجود خدمات تاتو (میکروپیگمنتیشن) آیا ابزار، وسایل و رنگ مورد استفاده مورد تأیید می باشد؟						۱۳
*در صورت وجود خدمات تاتو (میکروپیگمنتیشن) آیا سوزن مورد استفاده برای هر مشتری به صورت یکبار مصرف و استریل می باشد؟						۱۴
*آیا برای دفع پسماندهای اجسام تیز و برنده از جعبه ایمن (safety box) استفاده می گردد؟						۱۵
در صورت استفاده از پد یا اسفنج برای آرایش آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۱۶
آیا تمهیدات لازم برای شستشو و گندزدایی ابزار و تجهیزات در نظر گرفته شده است؟						۱۷
در صورت وجود و انجام آرایش ناخن (پدیکور و مانیکور) آیا ضوابط بهداشتی مطابق دستورالعمل رعایت می گردد؟						۱۸
در صورت وجود و انجام اپیلاسیون آیا ضوابط بهداشتی مطابق دستورالعمل رعایت می گردد؟						۱۹
آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟						۲۰
آیا تمهیدات لازم برای شستشو دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟						۲۱
در صورت وجود سینک شستشوی سر برای مشتریان، آیا تمیز و مجهز به آب گرم و سرد است؟						۲۲



## 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: ۱۴۲/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از آرایشگاه و سالن های زیبایی زنانه

#### (ب): بهداشت ابزار و تجهیزات

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		
	/ /					موارد مشمول بازرسی	
۲۳						آیا هنگام استفاده از حوله و پیشبند ضوابط بهداشتی مطابق دستورعمل رعایت می گردد؟	
۲۴						آیا مواد آرایشی و بهداشتی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۵						آیا قفسه و ویتترین های مورد استفاده قابل سالم و نظافت می باشند؟	
۲۶						آیا صندلی و نیمکت ها سالم و تمیز می باشند؟	
۲۷						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	
۲۸						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام داده و سوابق در محل موجود می باشد؟	

#### (ج): بهداشت ساختمان

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 در نظر گرفته شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	
۳۳						در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۴						آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی مراجعین دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۵						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا مجزا و تمیز می باشد؟	
۳۶						در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۷						آیا پوشش دیوار محل روشویی و سرشویی از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و بدون درز و شکستگی 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: ۱۴۲/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از آرایشگاه و سالن های زیبایی زنانه

(ج): بهداشت ساختمان

ردیف	نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
							بلی <input type="checkbox"/> ✓ خیر <input type="checkbox"/> ✗ مصداق ندارد <input type="checkbox"/> - اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +
۳۸							آیا کف سالن آرایش قابل نظافت می باشد؟
۳۹							آیا پوشش دیوار سالن آرایش قابل نظافت می باشد؟
۴۰							آیا سقف سالن آرایش سالم و تمیز می باشد؟
۴۱							در صورت وجود خدمات تاتو (میکروپیگمنتیشن) و اپیلاسیون آیا پوشش دیوار محل ارائه خدمات از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و بدون درز و شکستگی می باشد؟
۴۲							در صورت وجود خدمات تاتو (میکروپیگمنتیشن) و اپیلاسیون آیا پوشش کف محل ارائه خدمات از جنس سنگ، سرامیک یا موزاییک سالم و قابل شستشو می باشد؟
۴۳							در صورت وجود خدمات تاتو (میکروپیگمنتیشن) و اپیلاسیون آیا پوشش سقف محل ارائه خدمات سالم و تمیز می باشد؟
۴۴							آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۴۵							در صورت وجود خدمات آرایش ناخن (مانیکور و پدیکور) آیا جداسازی محل انجام خدمات انجام شده و تهویه محل مورد تایید می باشد؟
۴۶							آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۴۷							آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۴۸							آیا وضعیت تهویه مطلوب و 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 نقض در بازرسی بعدی تکرار گردد با علامت ✗ 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:

کد فرم: ۱۴۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از آرایشگاه و سالن های زیبایی زنان

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

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تأیید کنندگان
				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