



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشتی درمانی:

معاونت امور بهداشتی

مرکز شبکه بهداشت و درمان:

کد فرم:

عنوان چک لیست: بازرگانی بهداشتی از انبار مواد غذایی

<p>* تعداد کارکنان مشمول:</p> <p>* عرض جغرافیائی:</p> <p>متراژ(متر مربع):</p>	<p>* شماره بروندۀ:</p> <p>* طول جغرافیائی:</p>	<p>* نوع فعالیت صنفی:</p> <p>* شماره تلفن همراه:</p> <p>کد پستی ۱۰ رقمی :</p>	<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p>	<p>مشخصات متصدی / مدیر</p>																													
		<p>* نام:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>* نام خانوادگی:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>* کد ملی:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															
				* آدرس:																													

بهداشت فردی

ردیف	تاریخ	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید سوم	وضعیت کنترلی	موارد مشمول بازرگانی	موارد مشمول بازرگانی	ردیف
۱		/	/	/	*	آیا کارکنان اطلاعات کافی در مورد روش شستشوی دست با آب و صابون را دارند؟	<input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله	
۲		/	/	/	*	آیا منوعیت ورود افراد متفرقه به انبار مواد غذایی رعایت می گردد؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۳		/	/	/	*	آیا منوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۴		/	/	/	*	آیا منوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۵		/	/	/	*	آیا منوعیت استعمال دخانیات با ابزار مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۶		/	/	/	*	آیا کارکنان هنگام کار از روپوش تمیزبدون لک و پارگی، متناسب با نوع کار استفاده می نمایند؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۷		/	/	/	*	آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۸		/	/	/	*	آیا روش شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۹		/	/	/	*	آیا همه ای کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟	<input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	
۱۰		/	/	/	*	تعداد کارکنان مشمول فاقد کارت بهداشت معتبر:	<input type="text"/>	
۱۱		/	/	/	*	آیا همه ای کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟	<input type="text"/>	
۱۲		/	/	/	*	تعداد کارکنان مشمول فاقد گواهی نامه معتبر دوره آموزشی بهداشت اصناف:	<input type="text"/>	

بهداشت مواد غذایی

ردیف	تاریخ	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید سوم	وضعیت کنترلی	موارد مشمول بازرگانی	موارد مشمول بازرگانی	ردیف
۱۴		/	/	/	*	آیا مواد غذایی بسته بندی مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشند؟	<input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله	
۱۵		/	/	/	*	آیا برای جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی از خودروهای مناسب استفاده می شود؟	<input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله	
۱۶		/	/	/	*	آیا مالک، مدیر یا متصدی خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟	<input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله	



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشتی درمانی:

معاونت امور بهداشتی

مرکز شبکه بهداشت و درمان:

بهداشت مواد غذایی

موارد مشمول بازرگانی	وضعیت کنترلی		بازدید سوم	بازدید دوم	بازدید اول	
	غیربحارانی	بحارانی				
آیا از قرار گرفتن مواد غذایی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟	*					۱۷
آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می شود؟	*					۱۸
آیا تاریخ ورود مواد غذایی به انبار بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضاء است؟	*					۱۹

بهداشت ابزار و تجهیزات

موارد مشمول بازرگانی	وضعیت کنترلی		بازدید سوم	بازدید دوم	بازدید اول	تاریخ
	غیربحارانی	بحارانی				
آیا ویترین های مورد استفاده سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	*					۲۰
آیا کاپنهت های موجود سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	*					۲۱
آیا میز و صندلی و نیمکت های مورد استفاده سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشد؟	*					۲۲
آیا شرکه های آب سالم هستند و در صورت وجود شلنگ، بروزی یک پایه مناسب به دھوار نصب شده است؟	*					۲۳
آیا چرخ دستی حمل غذا سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	*					۲۴
آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	*					۲۵
آیا تلفن رسیدگی به شکایت از کیفیت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟	*					۲۶

بهداشت ساختمان

موارد مشمول بازرگانی	وضعیت کنترلی		بازدید سوم	بازدید دوم	بازدید اول	تاریخ
	غیربحارانی	بحارانی				
آیا شبکه داخلی آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۲۷
آیا نقشه های ساخت یا بازسازی های عمده در واحد به منظور انطباق با موازین بهداشتی به تایید وزارت رسیده است؟	*					۲۸
آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۲۹
آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۳۰
آیا تمہیدات لازم برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	*					۳۱

(۲)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشتی درمانی:

معاونت امور بهداشتی

مرکز شبکه بهداشت و درمان:

آلت وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۳۲
آلت در صورت وجود اتاق استراحت، از قسمت انبار مواد غذایی مجزا می باشد؟	*					۳۳
آلت در صورت وجود حمام وضعیت و شرایط حمام ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۳۴
آلت میزان صدا در محل مطابق ضوابط می باشد؟	*					۳۵
آلت دیوار انبار مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۳۶
آیا سقف انبار مواد غذایی سالم و تمیز می باشد؟	*					۳۷
آلت درها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟	*					۳۸
آلت پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟	*					۳۹
آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟	*					۴۰
آلت روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟	*					۴۱
آلت وضعیت تهویح مطلوب و دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۴۲
آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۴۳
آیا چیدمان مواد غذایی، دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*					۴۴

تعداد موارد غیر بحرانی	تعداد موارد بحرانی	تاریخ بازرسی

سوم	دوم	اول	مشخصات تائید 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

(Ψ)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشتی درمانی:

معاونت امور بهداشتی

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

استان/ شهرستان