



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی

از انبار و سردخانه مواد غذایی

کد فرم ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸



## 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: ۱۲۴/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از انبار و سردخانه مواد غذایی

|  |  |
|--|--|
| <p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نوع فعالیت صنفی: <input type="checkbox"/> کد واحد:</p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تلفن همراه: <input type="checkbox"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="checkbox"/></p> <p>* آدرس: <input type="checkbox"/></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>مشخصات مالک / مدیر / متصدی</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

| وضعیت:  | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | نوبت و تاریخ<br>بازرسی |
|---|-------|-----|-----|-----|---|------------------------|
|   |       |     |     |     |   | ردیف                   |
| <p>بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد<sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل<sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | / /   | / / | / / | / / | / /                                     |                        |
| موارد مشمول بازرسی  |       |     |     |     |   |                        |
| * آیا کارکنان در صورت تماس مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف از ابزار مناسب یا 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 ورود افراد متفرقه به انبار یا سردخانه مواد غذایی رعایت می گردد؟   |       |     |     |     |   | ۵                      |
| آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟   |       |     |     |     |   | ۶                      |
| آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟   |       |     |     |     |   | ۷                      |
| آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟   |       |     |     |     |   | ۸                      |
| آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟  |       |     |     |     |   | ۹                      |
| آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟  |       |     |     |     |   | ۱۰                     |

#### (ب): بهداشت مواد غذایی

|  |  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|--|----|
| * آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟       |  |  |  |  |  | ۱۱ |
| * آیا دما در یخچال، فریزر، سردخانه یا انبار رعایت و کنترل می گردد؟ |  |  |  |  |  | ۱۲ |



## 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: ۱۲۴/۹۲۰۳۱۸          |                          |     |     |     |       |        | چک لیست بازرسی بهداشتی از انبار و سردخانه مواد غذایی |   |   |  |   |   |   |   |
|-----------------------------|--------------------------|-----|-----|-----|-------|--------|--|---|---|--|---|---|---|---|
| (ب): بهداشت مواد غذایی      |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   |   |
| نوبت و تاریخ بازرسی         | درج نتیجه بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت: | ردیف   |   |   |  |   |   |   |   |
|                             |                          | /// | /// | /// | ///   |        |  | بلی <input checked="" type="checkbox"/> | خیر <input checked="" type="checkbox"/> | مصادق ندارد <sup>۱</sup> <input checked="" type="checkbox"/> | اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input checked="" type="checkbox"/> | + | - |   |
| موارد مشمول بازرسی          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   |   |
| ۱۳                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | * آیا در نگهداری مواد غذایی بالقوه خطرناک زنجیره سرد رعایت می گردد؟   |
| ۱۴                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | * آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟   |
| ۱۵                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا چیدمان مواد غذایی، دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
| ۱۶                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟   |
| ۱۷                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا همه مواد غذایی دارای پوشش مناسب بوده یا در ظروف دارای در پوش نگهداری می گردد؟   |
| ۱۸                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟  |
| ۱۹                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟                       |
| ۲۰                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟                                     |
| ۲۱                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا محلول های 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 تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟   |
| ۲۴                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟  |
| ۲۵                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟  |
| ۲۶                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟   |
| (د): بهداشت ساختمان         |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   |   |
| ۲۷                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| 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 تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟  |
| ۳۱                          |                          |     |     |     |       |        |  |   |   |  |   |   |   | در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی 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 انبار و سردخانه مواد غذایی |                                |                    |     |     |       |   |
|--|--------------------------------|--------------------|-----|-----|-------|---|
| کد فرم: ۱۲۴/۹۲۰۳۱۸                                   |                                |                    |     |     |       |   |
| (د): بهداشت ساختمان                                  |                                |                    |     |     |       |   |
| نوبت و تاریخ بازرسی                                  | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول                | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:  |
|  |                                | ///                | /// | /// | ///   |   |
| ردیف   | ///                            | موارد مشمول بازرسی |     |     |       |   |
| ۳۲   |                                |                    |     |     |       | در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟       |
| ۳۳   |                                |                    |     |     |       | در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۳۴   |                                |                    |     |     |       | آیا کف، دیوار و سقف انبار یا سردخانه مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟                 |
| ۳۵   |                                |                    |     |     |       | آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟                         |
| ۳۶   |                                |                    |     |     |       | آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟  |
| ۳۷   |                                |                    |     |     |       | آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟   |
| ۳۸   |                                |                    |     |     |       | آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                    |
| ۳۹   |                                |                    |     |     |       | 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 انبار و سردخانه مواد غذایی کد فرم: ۱۲۴/۹۲۰۳۱۸

| 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          |