



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

چک لیست بازرسی بهداشتی  
از مرکز تولید، عرضه و سرو آبمیوه و بستنی

کد فرم: ۱۰۸/۹۲۰۳۱۸



## 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:

### چک لیست بازرسی بهداشتی از مرکز تولید، عرضه و سرو آبمیوه و بستنی

کد فرم: ۱۰۸/۹۲۰۳۱۸

|  |  |
|--|--|
| <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="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>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                   |
| <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> + | / /   | / / | / / | / / | / /                                     |                        |
| 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 کارکنان دست اندرکار مواد غذایی دارای ناخن کوتاه هستند و ممنوعیت استفاده از لاک، ناخن مصنوعی، جواهرات و زیورآلات هنگام کار رعایت می گردد؟  |       |     |     |     |   | ۴                      |
| آیا ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل مواد غذایی رعایت می گردد؟   |       |     |     |     |   | ۵                      |
| آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟  |       |     |     |     |   | ۶                      |
| آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟   |       |     |     |     |   | ۷                      |
| آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟   |       |     |     |     |   | ۸                      |
| آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی، هنگام کار از روپوش تمیز با رنگ روشن، بدون لک و پارگی، متناسب با نوع کار استفاده می نمایند؟  |       |     |     |     |   | ۹                      |
| آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟  |       |     |     |     |   | ۱۰                     |
| آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟   |       |     |     |     |   | ۱۱                     |



## 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 مرکز تولید، عرضه و سرو آبمیوه و بستنی |                                |     |     |     |       |  |
|---|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|--|
| کد فرم: ۱۰۸/۹۲۰۳۱۸  |                                |     |     |     |       |  |
| (الف): بهداشت فردی  |                                |     |     |     |       |  |
| نوبت و تاریخ بازرسی   | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:   |
|   |                                | /// | /// | /// | ///   |  |
| موارد مشمول بازرسی  |                                |     |     |     |       | ردیف   |
|   |                                |     |     |     |       | 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"/> |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۲ آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۳ آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۴ آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟  |
| (ب): بهداشت مواد غذایی  |                                |     |     |     |       |  |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۵ * آیا میوه جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۶ * آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۷ * آیا خامه مصرفی پاستوریزه بوده و در دمای مناسب نگهداری می گردد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۸ * آیا شیر مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۱۹ * آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۰ * آیا ممنوعیت نگهداری مواد غذایی بالقوه خطرناک در محدوده دمای خطرناک رعایت می گردد؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۱ * آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۲ * آیا تخم مرغ مصرفی، در شرایط مناسب نگهداری می گردد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۳ * آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۴ * آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۵ * در صورت سرو آبمیوه دست ساز(ستنی) آیا بلافاصله بعد از آماده سازی مصرف می گردد؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۶ آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۷ آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۸ آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟  |
|   |                                |     |     |     |       | ۲۹ آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟   |
|   |                                |     |     |     |       | ۳۰ آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟   |





## 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: ۱۰۸/۹۲۰۳۱۸          |                                |     |     |     |       |  | چک لیست بازرسی بهداشتی از مرکز تولید، عرضه و سرو آبمیوه و بستنی |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| (ج): 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 <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> |   |  |  |  |  |  |  |
| موارد مشمول بازرسی          |                                |     |     |     |       |  |   |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟   | ۴۹  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟  | ۵۰  |  |  |  |  |  |  |
| (د): بهداشت ساختمان         |                                |     |     |     |       |  |   |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟  | ۵۱  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟  | ۵۲  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟  | ۵۳  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟   | ۵۴  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟  | ۵۵  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | در صورت وجود سرویس های بهداشتی مراجعین آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟   | ۵۶  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری مجزا و بهداشتی می باشد؟   | ۵۷  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟  | ۵۸  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا پوشش دیوار محل تهیه مواد خوردنی و آشامیدنی از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟   | ۵۹  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا پوشش کف محل تهیه مواد خوردنی و آشامیدنی از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟  | ۶۰  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا پوشش سقف محل تهیه مواد خوردنی و آشامیدنی به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟   | ۶۱  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا کف، دیوار و سقف سالن پذیرایی سالم و قابل نظافت می باشد؟  | ۶۲  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟  | ۶۳  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | در صورت وجود سردخانه ی مواد غذایی، آیا کف، دیوار و سقف آن دارای ویژگی های لازم بوده و در ورودی آن مجهز به اهرم بازکننده از داخل می باشد؟                       | ۶۴  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟  | ۶۵  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟   | ۶۶  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟  | ۶۷  |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟   | ۶۸  |  |  |  |  |  |  |



## 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 مرکز تولید، عرضه و سرو آبمیوه و بستنی |                          |                    |     |     |       |  |
|---|--------------------------|--------------------|-----|-----|-------|--|
| کد فرم: ۱۰۸/۹۲۰۳۱۸  |                          |                    |     |     |       |  |
| بهداشت ساختمان (د)  |                          |                    |     |     |       |  |
| نوبت و تاریخ بازرسی   | درج نتیجه بازرسی فرم قبل | اول                | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:   |
|   |                          | ///                | /// | /// | ///   |  |
| ردیف  | ///                      | موارد مشمول بازرسی |     |     |       |  |
| ۶۹  |                          |                    |     |     |       | آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟                     |
| ۷۰  |                          |                    |     |     |       | در صورت وجود هرگونه حوض، آب نما و امثال آن، آیا دارای شرایط بهداشتی 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:

کد فرم: ۱۰۸/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مرکز تولید، عرضه و سرو آبمیوه و بستنی

| 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          |