



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی

از خواروبار فروشی، عمده فروشی، سوپرمارکت، فروشگاه‌های بزرگ

و فروشگاه‌های زنجیره‌ای مواد غذایی

کد فرم ۱۲۵/۹۲۰۳۱۸



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 خوارو بار فروشی، عمده فروشی، سوپرمارکت، فروشگاه های بزرگ و فروشگاه های زنجیره ای عرضه مواد غذایی کد فرم: ۱۲۵/۹۲۰۳۱۸

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نوع فعالیت صنفی: <input type="checkbox"/> اول <input type="checkbox"/> دوم <input type="checkbox"/> سوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* کد واحد: <input type="checkbox"/></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="checkbox"/></p> <p>* نام خانوادگی: <input type="checkbox"/></p> <p>* کد ملی: <input type="checkbox"/></p> <p>* نام پدر: <input type="checkbox"/></p> <p>* کد پستی:</p>
---	---

(الف) بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
* آیا در صورت تماس مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف از ابزار مناسب یا دستکش یکبار مصرف استفاده می شود؟						۱
آیا کارکنان 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
در صورت عدم وجود عاملیت فروش محصولات دخانی آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۴
در صورت وجود عاملیت فروش محصولات دخانی آیا ممنوعت عرضه محصولات دخانی به افراد زیر ۱۸ سال اطلاع رسانی و 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 همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۹

(ب) بهداشت مواد غذایی

* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟						۱۰
* آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟						۱۱
* آیا شرایط نگهداری تخم مرغ مناسب می باشد؟						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:

چک لیست بازرسی بهداشتی از خوارو بار فروشی، عمده فروشی، سوپرمارکت، فروشگاه های بزرگ و فروشگاه های زنجیره ای عرضه مواد غذایی کد فرم: ۱۲۵/۹۲۰۳۱۸

(ب) بهداشت مواد غذایی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
		///	///	///	///		
موارد مشمول بازرسی							
						بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/>	
۱۳						آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی از سایر محصولات رعایت می گردد؟	
۱۴						آیا شرایط نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۱۵						آیا مواد غذایی عرضه شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	
۱۶						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟	
۱۷						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟	

(ج) بهداشت ابزار و تجهیزات

۱۸						* آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟	
۱۹						* در صورت وجود ظروف و ابزار در ارتباط مستقیم با مواد غذایی آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف و ابزار مذکور در نظر گرفته شده است؟	
۲۰						آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟	
۲۱						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلبه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۲						در صورت وجود دستگاه مرتبط با مواد غذایی آیا سالم و تمیز می باشد؟	
۲۳						آیا ویتترین ها، کابینت ها و قفسه ها 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 بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟	

(د) بهداشت ساختمان

۲۶						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۷						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۸						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۹						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	
۳۰						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۱						در صورت وجود سرویس بهداشتی مراجعین آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی مراجعین دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۲						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی 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 خوارو بار فروشی، عمده فروشی، سوپرمارکت، فروشگاه های بزرگ و فروشگاه های زنجیره ای عرضه مواد غذایی کد فرم: ۱۲۵/۹۲۰۳۱۸						
(د): بهداشت ساختمان						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +
		ردیف	موارد مشمول بازرسی	ردیف	موارد مشمول بازرسی	
۳۳						در صورت وجود حمام، آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴						در صورت وجود نماز خانه آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۵						آیا کف، دیوار و سقف محل سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟
۳۶						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۷						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؟
۳۸						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۳۹						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۴۰						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۴۱						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۲						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.
- در صورتی که در فروشگاه های بزرگ و زنجیره ای واحد هایی نظیر نانوايي، قصابی و رستوران و امثال آن باشد باید با چک لیست های اختصاصی آن واحد مورد بازرسی قرارگیرد.



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 خوارو بار فروشی، عمده فروشی، سوپرمارکت، فروشگاه های بزرگ و فروشگاه های زنجیره ای عرضه مواد غذایی کد فرم: ۱۲۵/۹۲۰۳۱۸

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