



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

# چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه فرآورده های لبنی

کد فرم ۱۱۹/۹۲-۳۱۸



### وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۱۹/۹۲۰۳۱۸

چک لیست یازرسی بهداشتی از مراکز عرضه فرآورده های لبنی

مشخصات محل تصدی / مدیریت	مشخصات مالک / مدیر / متصدی
* نوع فعالیت صنعتی:	* نام:
* کد واحد:	
* تعداد کارکنان: یازرسی اول <input type="checkbox"/> یازرسی دوم <input type="checkbox"/> یازرسی سوم <input type="checkbox"/> یازرسی چهارم <input type="checkbox"/>	* نام خانوادگی:
* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: یازرسی اول <input type="checkbox"/> یازرسی دوم <input type="checkbox"/> یازرسی سوم <input type="checkbox"/> یازرسی چهارم <input type="checkbox"/>	* کد ملی:
* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: یازرسی اول <input type="checkbox"/> یازرسی دوم <input type="checkbox"/> یازرسی سوم <input type="checkbox"/> یازرسی چهارم <input type="checkbox"/>	* نام پدر:
* تلفن همراه:	
* تلفن ثابت:	
* آدرس:	
* روش تامین آب آشامیدنی: منابع بهداشتی شده <input type="checkbox"/> منبع غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> شبکه توزیع آب آشامیدنی <input type="checkbox"/> مخزن ذخیره آب <input type="checkbox"/>	* کد پستی:
* روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی <input type="checkbox"/> شبکه جمع آوری فاضلاب <input type="checkbox"/> چاه جذب <input type="checkbox"/> رهاسازی در محیط <input type="checkbox"/>	

#### (الف): بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین یازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ یازرسی
						ردیف
بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> معذاتی ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	//	//	//	//	//	
موارد مشمول یازرسی						
* آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام 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 محل نگهداری 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 کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از روپوش تمیز با رنگ روشن، بدون لک و پارگی، مناسب با نوع کار استفاده می نمایند؟						۸
آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۹
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۱۰
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۱۱

دریاسی





### وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبهه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۱۹/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه فرآورده های لبنی

#### (ب) بهداشت مواد غذایی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بلی <input checked="" type="checkbox"/> خبر <input type="checkbox"/> صحیح ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	
	//	//	//	//	//		
<b>مواره مشمول بازرسی</b>							
۱۲						* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟	
۱۳						* آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟	
۱۴						* آیا در نگهداری مواد غذایی بالقوه خطرناک زنجیره سرد رعایت می گردد؟	
۱۵						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟	
۱۶						* آیا ممنوعیت استفاده از مواد افزودنی نظیر رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟	
۱۷						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	
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 محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	

#### (ج) بهداشت ابزار و تجهیزات

۲۱						* آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟	
۲۲						آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟	
۲۳						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلبه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۴						آیا ظروف نگهداری فرآورده های لبنی سالم و تمیز می باشد؟	
۲۵						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟	
۲۶						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای نگهداری و عرضه فرآورده های لبنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۷						آیا میزهای کار، روبه ضد زنگ و سالم دارند؟	
۲۸						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	
۲۹						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	
۳۰						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض آلودگی قرار گرفته است؟	

امضاء



## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۱۹/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه فرآورده های لبنی

(۵): بهداشت ساختمان

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	
	///	///	///	///	///	موارد مشمول بازرسی	
۳۱						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۲						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۳						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۴						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	
۳۵						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرستل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۶						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟	
۳۷						آیا کف، دیوار و سقف محل عرضه فرآورده های لبنی سالم و قابل نظافت می باشد؟	
۳۸						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۹						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؟	
۴۰						آیا درها و پنجره، ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟	
۴۱						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟	
۴۲						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟	
۴۳						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۴۴						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.

اکسپرت





وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۱۹/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه فرآورده های لبی

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

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