



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی از نانوایی سنتی

کد فرم ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸



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: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از ناوایی سنتی

* نام: * نام خانوادگی: * کد ملی: * نام پدر: * کد پستی:	مشخصات محل تصدی / مدیریت * نوع فعالیت صنعتی: * کد واحد: * تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/> * 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"/> * 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"/> * تلفن همراه: * تلفن ثابت: * آدرس: * 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"/> * 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

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ممدال ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +	
	///	///	///	///	///		
	///					موارد مشمول بازرسی	
۱						* آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، تاول یا جوش چرکین، محل را با بک نواری یا باند ضد آب کاملاً پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟	
۲						* آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی مستثنوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستور عمل انجام می دهند؟	
۳						آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟	
۴						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی دارای ناخن کوتاه هستند و ممنوعیت استفاده از لاک، ناخن مصنوعی، جواهرات و زیورات هنگام کار رعایت می گردد؟	
۵						آیا ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل مواد غذایی رعایت می گردد؟	
۶						آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟	
۷						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟	
۸						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟	
۹						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؟	
۱۰						آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟	
۱۱						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟	

کروسیان



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: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸		چک لیست بازرسی بهداشتی از ناوایی سنتی			
الف: بهداشت فردی					
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم
		و وضعیت:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +		
رهیف	///				
موارد مشمول بازرسی					
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 آموزش از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟
ب: بهداشت مواد غذایی					
۱۵					* آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟
۱۶					* در صورت وجود مواد غذایی بالقوه خطرناک، آیا زنجیره سرد رعایت می گردد؟
۱۷					* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۱۸					* آیا مسترعبت استفاده از مواد افزودنی نظیر رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۱۹					آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۰					آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۱					آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۲۲					در صورت استفاده از انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو آیا در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟
۲۳					آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۴					آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
ج: بهداشت ابزار و تجهیزات					
۲۵					* آیا یخچال، فریزر مورد استفاده سالم هستند؟
۲۶					* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۲۷					آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۲۸					آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۲۹					آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟

دریسی



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: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸		چک لیست بازرسی بهداشتی از فناوری سستی			
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات					
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم
		وضعیت	وضعیت	وضعیت	وضعیت
ردیف		بلی <input checked="" type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مصدق ندارد <input type="checkbox"/>	اصلاح در محل <input type="checkbox"/>
موارد مشمول بازرسی					
۳۰					در صورت استفاده از جعبه های مقوایی- پاکت های کاغذی و ظروف بسته بندی آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۱					آیا ظروف آماده سازی و طبخ مواد غذایی سالم و تمیز می باشد؟
۳۲					آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۳۳					آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه و طبخ مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴					آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟
۳۵					آیا میزهای کار، روبه ضد زنگ و سالم دارند؟
۳۶					آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۷					آیا خمیر گیر از جنس زنگ نزن و بدون رنگ بوده و شیر آب گرم و سرد بالای آن نصب شده است؟
۳۸					آیا بترین ها، کابینت ها و قفسه ها سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۳۹					آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۴۰					آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان					
۴۱					* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۲					آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۳					آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۴					آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۴۵					آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۶					در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، ترابری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟
۴۷					آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۸					آیا پوشش دیوار محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۴۹					آیا پوشش کف محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۵۰					آیا پوشش سقف محل طبخ به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟



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: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸		چک لیست بازرسی بهداشتی از نانوايي سنتي				درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
وضعیت:		چهارم	سوم	دوم	اول		
<input checked="" type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱	<input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲	<input type="checkbox"/> +			
موارد مشمول بازرسی							
آیا کف، دیوار و سقف اتیار با محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۵۱
آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی می باشد؟							۵۲
آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟							۵۳
آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟							۵۴
آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۵۵
آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۵۶

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.

دانشگاه



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: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از نانوایی سنتی

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 نائید 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