



وزارت بهداشت، دهان و آموزش پزشکی  
تعاونیت بهداشت  
مرکز سلامت محیط و کار

# چک لیست بازرگانی بهداشتی

از انبار و سردخانه مواد غذایی

کد فرم ۱۲۴/۹۲۰۳۱۸

(۱)

## 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: ۱۸۰۳۱۸/۹۲۴

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

مشخصات محل تصدی / مدیریت	مشخصات مالک / مدیر / متصدی
*نام: _____	*نام: _____
*نام خانوادگی: _____	*نام خانوادگی: _____
*کد ملی: _____	*کد ملی: _____
*نام پدر: _____	*نام پدر: _____
*آدرس: .....	*آدرس: .....
*تلفن ثابت: _____	*تلفن ثابت: _____
*تلفن همراه: _____	*تلفن همراه: _____
*تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرگانی اول <input type="checkbox"/> بازرگانی دوم <input type="checkbox"/> بازرگانی سوم <input type="checkbox"/> بازرگانی چهارم <input type="checkbox"/>	
*تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرگانی اول <input type="checkbox"/> بازرگانی دوم <input type="checkbox"/> بازرگانی سوم <input type="checkbox"/> بازرگانی چهارم <input type="checkbox"/>	
*تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرگانی اول <input type="checkbox"/> بازرگانی دوم <input type="checkbox"/> بازرگانی سوم <input type="checkbox"/> بازرگانی چهارم <input type="checkbox"/>	
*روش تامین آب آشامیدنی: منابع بھسازی شده <input type="checkbox"/> منبع غیر بھسازی <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 جاذب <input type="checkbox"/> رها سازی در محیط <input type="checkbox"/>	

#### (الف): بهداشت فردی

ردیف	نوبت و تاریخ بازرگانی	درج نتیجه آخرین بازرگانی قبل	وضعیت: چهارم سوم دوم اول				
				بلی <input checked="" type="checkbox"/>	مصدق ندارد <input type="checkbox"/>	اصلاح در محل <input type="checkbox"/>	خیر <input checked="" type="checkbox"/>
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							
(ب): بهداشت مواد غذایی							
۱۱							
۱۲							

رئیس

(۱)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / رستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

چک لیست بازرسی بهداشتی از افیار و سردخانه مواد غذایی							
(ب): بهداشت مواد غذایی							
ردیف	نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
			/ /	/ /	/ /	/ /	<input checked="" type="checkbox"/> مصدق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله
۱۳							* آیا در نگهداری مواد غذایی بالقوه خطرناک زنجیره سرد رعایت می گردد؟
۱۴							* آیا تغییک 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 باشد؟
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 دستور عمل 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 گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۲							آیا تاریخ ورود مواد غذایی به بخشال، فریزر یا سردخانه و ابزار بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضای است؟
<b>(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات</b>							
۲۳							آیا تمہیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۲۴							آیا ویترین 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؟
<b>(د): بهداشت ساختمان</b>							
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 تمہیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۳۱							در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضاحت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟

دکمه های

(۱)

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: ۹۲۰۳۱۸/۱۲۴

چک لیست بازرگانی بهداشتی از انبار و سردخانه مواد غذایی

(۵): بهداشت ساختمان

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه	نوبت و تاریخ بازرسی
					آخرین بازرسی فرم قبل	
<input checked="" type="checkbox"/> + مصدق ندارد <input type="checkbox"/> - خوب <input checked="" type="checkbox"/> اصلاح در محل	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	ردیف
موارد مشمول بازرگانی						
در صورت وجود انفاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟						۳۲
در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۳۳
آیا کف، دیوار و سقف انبار یا سردخانه مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۳۴
آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟						۳۵
آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟						۳۶
آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟						۳۷
آیا وضعیت تهییه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۳۸
آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۳۹

۱: مصدق 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 بازرگانی قابل اصلاح در محل بوده و چنانچه همان نقص در بازرگانی بعدی تکرار گردد با علامت ✗ 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.

ردیف

(۱)

## 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: ۹۲۰۳۱۸/۱۲۴

چک لیست بازرسی بهداشتی از انبار و سردخانه مواد غذایی

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

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تائید کنندگان
				نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط
				نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان