



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی:

کد فرم:

عنوان چک لیست: بازرسی بهداشتی آرایشگاه مردانه

مشخصات محل تصدی / مدیریت		مشخصات متصدی / مدیر	
*نوع فعالیت صنفی:	*شماره پرونده:	*نام:	
*شماره تلفن همراه:	*طول جغرافیایی:	*نام خانوادگی:	
*کد پستی ۱۰ رقمی:		*کد ملی:	
*تعداد کارگر:			
*عرض جغرافیایی:			
*متراژ (متر مربع):			
	*آدرس:		

بهداشت فردی						
تاریخ ردیف	بازدید اول / /	بازدید دوم / /	بازدید سوم / /	وضعیت کنترلی		موارد مشمول بازرسی
				بحرانی	غیربحرانی	
۱				*		آیا ممنوعیت کار در کارکنان مبتلا به بیماری های واگیر و تنفسی تا زمان بهبودی رعایت می گردد؟
۲				*		آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟
۳				*		آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟
۴				*		آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با ابزار مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟
۵						آیا کارکنان اطلاعات کافی در مورد روش شستشوی دست با آب و صابون را دارند؟
۶				*		آیا کارکنان هنگام کار از روپوش تمیز بدون لک و پارگی، و وسایل حفاظت فردی متناسب با نوع فعالیت استفاده می نمایند؟
۷				*		آیا کارکنان دارای وسایل نظافت، شستشو و استحمام اختصاصی (در صورت وجود حمام) می باشند؟
۸				*		آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟
۹				*		آیا روش شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟
۱۰				*		آیا همه ی کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟
۱۱				*		تعداد کارکنان مشمول فاقد کارت بهداشت معتبر: <input type="text"/>
۱۲				*		آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟
۱۳				*		تعداد کارکنان مشمول فاقد گواهی نامه معتبر دوره آموزشی بهداشت اصناف: <input type="text"/>



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی:

بهداشت ابزار و تجهیزات						
تاریخ	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید سوم	وضعیت کنترلی		موارد مشمول بازرسی
				بحرانی	غیربحرانی	
ردیف	/ /	/ /	/ /			بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۴				*		آیا شستشو و گندزدایی ابزار و وسایلی که یک بار مصرف نیستند انجام می گردد؟
۱۵				*		آیا برای دفع پسماندهای اجسام تیز و برنده از جعبه ایمن (safety box) استفاده می گردد؟
۱۶				*		آیا مواد قابل استفاده مانند رنگ و مواد بهداشتی دارای پروانه ساخت یا مجوز ورود از وزارت می باشند؟
۱۷				*		آیا مواد قابل استفاده مانند رنگ و مواد بهداشتی دارای تاریخ اعتبار می باشد؟
۱۸				*		آیا قفسه، ویتترین و کشوهای مورد استفاده قابل نظافت و سالم بوده و ظروف با پوشش مناسب نگهداری شده و تمیز می باشند؟
۲۰				*		آیا صندلی ها و نیمکت ها سالم و تمیز هستند؟
۲۱				*		آیا سینک برای شست و شوی دست و ابزار و تجهیزات مجهز به صابون مایع و دستمال کاغذی وجود دارد؟
۲۲				*		در صورت وجود سینک شستشوی سر برای مشتریان، آیا سینک تمیز و مجهز به آب گرم و سرد است؟
۲۳				*		آیا در صورت نیاز برای مشتریان از حوله اختصاصی استفاده می گردد؟
۲۴				*		آیا مواد گندزدا و ضدعفونی کننده مورد استفاده دارای پروانه ساخت یا مجوز ورود از وزارت می باشند؟
۲۵				*		آلی جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۲۶				*		آیا مالک، مدیر یا متصدی خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۷				*		آیا نمونه برداری بر اساس دستورالعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام شده است؟
۲۸				*		آیا نتایج نمونه برداری بر اساس دستورالعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی در محل موجود است؟
بهداشت ساختمان						
تاریخ	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید سوم	وضعیت کنترلی		موارد مشمول بازرسی
				بحرانی	غیربحرانی	
ردیف	/ /	/ /	/ /			بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲۹				*		آلی شبکه داخلی آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشن؟
۳۰				*		آیا نقشه های ساخت یا بازسازی های عمده در واحد به منظور انطباق با موازین بهداشتی به



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی:

تایید وزارت رسیده است؟					
آلی سرهستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*				۳۱
آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*				۳۲
آیا تمهیدات لازم برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	*				۳۳
آلی وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی (در صورت وجود) دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*				۳۴
آلی در صورت وجود اتاق استراحت، از فضای کار مجزا و دارای شرایط بهداشتی می باشد؟	*				۳۵
آلی در صورت وجود حمام وضعیت و شرایط حمام مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	*				۳۶
آلی میزان صدا در محل مطابق ضوابط می باشد؟	*				۳۷
آلی کف سالن قابل نظافت می باشد؟	*				۳۸
آلی پوشش دیوار محل روشویی و سرشویی از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم، بدون درز و شکستگی می باشد؟	*				۳۹
آلی پوشش دیوار سالن قابل نظافت می باشد؟	*				۴۰
آلی سقف سالم و تمیز می باشد؟	*				۴۱
آلی درها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟	*				۴۲
آلی پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟	*				۴۳
آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟	*				۴۵
آلی روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟	*				۴۶
آلی وضعیت تهویه مطابق ضوابط می باشد؟	*				۴۷

تاریخ بازرسی	تعداد موارد بحرانی	تعداد موارد غیر بحرانی

سوم	دوم	اول	بازرسی
			مشخصات تایید کنندگان
			نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز بهداشتی درمانی:

معاونت امور بهداشتی

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

			نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
			نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان/شهرستان