

# چک لیست بازرسی بهداشتی از

## پایانه های مرزی

کد چک لیست: ۱۶۷/۹۲۰۳۱۸



## 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:

چک لیست بازرسی بهداشتی از پایانه های مرزی

<p>مشخصات پایانه *عنوان: تعداد کل کارکنان: <input type="text"/></p> <p>*نوع ساختمان: نوساز <input type="checkbox"/> قدیمی <input type="checkbox"/></p> <p>*نوع مالکیت دولتی: استیجاری (دولتی) <input type="checkbox"/> غیر دولتی <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 ثابت *آدرس</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 مدیر: *نام: <input type="text"/></p> <p>*نام خانوادگی: <input type="text"/></p> <p>*کد ملی: <input type="text"/></p> <p>*نام پدر: <input type="text"/></p> <p>*کدپستی محل: .....</p> <p>*تلفن همراه مدیر: .....</p>
--	---

### (الف): بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۱
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات رعایت می گردد؟						۲
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۳
آیا کارکنان خدماتی هنگام کار از روپوش تمیز با رنگ روشن، بدون لک و پارگی، متناسب با نوع کار استفاده می نمایند؟						۴
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۵
آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل شستشوی دست نصب شده است؟						۶
آیا همه کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۷
آیا کارکنان اداری و خدماتی مرتبط با مواد غذایی بهداشت فردی را رعایت می کنند؟						۸
آیا کارکنان انتظامی، بهداشتی، اداری و خدماتی مستقر در سالن های ترانزیتی بهداشت فردی را رعایت می کنند؟						۹

### (ب) بهداشت مواد غذایی

* در صورت وجود و استفاده سبزیجات و صیفی و میوه جات مصرفی، قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟						۱۰
* آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟						۱۱
* آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟						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 پایانه های مرزی						
کد فرم:						
<b>(ب) بهداشت مواد غذایی</b>						
۱۳	*	آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟				
۱۴		آیا مواد غذایی مورد مصرف دارای شرایط بهداشتی مورد تأیید می باشند؟				
۱۵		آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟				
۱۶		آیا نمونه برداری بر اساس دستورالعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و در محل نگهداری می گردد؟				
<b>(ج) بهداشت ابزار و تجهیزات</b>						
۱۷	*	آیا یخچال مورد استفاده سالم هستند؟				
۱۸	*	آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟				
۱۹		آیا میز و صندلی، پرده موجود دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۲۰		آیا تجهیزات مورد استفاده در آبدارخانه دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۲۱		آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل های مورد نظر وجود دارد؟				
۲۲		آیا ظروف جمع آوری پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۲۳		آیا وسایل سرمایشی و گرمایشی دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۲۴		آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟				
۲۵		آیا ویتترین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟				
۲۶		آیا وسایل اطفاء حریق در محل های مناسب نصب و دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۲۷		در صورت وجود گرمخانه مواد غذایی، آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۲۸		آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند و در محفظه جدا نگهداری می گردد؟				
<b>(د) بهداشت ساختمان</b>						
۲۹	*	آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۳۰		آیا مکان احداث دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۳۱		آیا نقشه ساختمان دارای تاییدیه 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 جونندگان مورد تایید است؟				
۳۵		آیا وضعیت و شرایط توالت ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۳۶		آیا وضعیت و شرایط دستشویی ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟				
۳۷		آیا سرویس های بهداشتی بطور مستمر نظافت و شستشو شده ؟				
۳۸		آیا در محل دستشویی مایع دستشویی جهت رعایت بهداشت فردی مراجعین موجود 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 پایانه های مرزی							کد فرم:
بهداشت ساختمان							
در صورت وجود آب و وضعیت و شرایط حمام ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۳۹	
در صورت وجود آب و وضعیت و شرایط آبخوری ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۰	
آیا آبدارخانه دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۱	
در صورت وجود نماز خانه دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۲	
آیا فضای اتاق ها متناسب با تعداد شاغلین می باشد؟						۴۳	
آیا اثبارها دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۴	
در صورت وجود سالن اجتماعات آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۵	
آیا محل استقرار پرسنل بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۶	
در صورت وجود اتاق استراحت کارکنان ، آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۷	
آیا درها و پنجره ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۸	
آیا کف محوطه باز دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۴۹	
آیا فضاهای موجود از جمله سالن های ترانزیتی، ارتباطی نظیر پله و رمپ ها و امثال آن دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۵۰	
آیا دما و رطوبت در فضاهای موجود مطابق ضوابط می باشد؟						۵۱	
آیا روشنایی در فضاهای موجود مطابق ضوابط می باشد؟						۵۲	
آیا وضعیت تهویه در فضاهای موجود مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۵۳	
در صورت وجود هرگونه حوض، آب نما و امثال آن آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۵۴	
در صورت وجود اثبار نگهداری مواد غذایی ترانزیتی آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۵۵	
در صورت وجود سردخانه نگهداری مواد غذایی ترانزیتی آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۵۶	
در صورت وجود محل گندزدایی ترانزیتی آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟						۵۷	

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 صورت فعال بودن فروشگاه مواد غذایی ، رستوران، آشپزخانه ، سلف سرویس و پانسیون و موارد مشابه بعنوان واحد مستقل در نظر گرفته و طبق چک لیست های مرتبط بازرسی بهداشتی صورت پذیرد.

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
-------	-----	-----	-----	-------------



## 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:

				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

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