



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی

از مراکز عرضه میوه و تره بار

کد فرم ۱۲۲/۹۲۰۳۱۸



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:

کد فرم: ۱۲۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه میوه و تره بار

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نوع فعالیت صنفی: <input type="checkbox"/> کد واحد:</p> <p>* تعداد کارکنان: 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 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 همراه: <input type="text"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="text"/></p> <p>* آدرس: <input type="text"/></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 مالک / مدیر / متصدی</p> <p>* 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>* کد پستی: <input type="text"/></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 ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
آیا کارکنان شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۱
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						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 روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۵
آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۶
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۷
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۸

(ب): بهداشت مواد غذایی

* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟						۹
در صورت وجود و عرضه میوه جات برش خورده آیا قطعات میوه جات تازه در ظروف دارای پوشش مناسب و در دمای یخچال نگهداری می گردد؟						۱۰
در صورت وجود و عرضه محصولات ارگانیک آیا شناسنامه دار می باشند و از سایر محصولات جدا نگهداری می گردند؟						۱۱



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 مراکز عرضه میوه و تره بار						
کد فرم: ۱۲۲/۹۲۰۳۱۸						
(ب): بهداشت مواد غذایی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +
		ردیف	///	///	///	
موارد مشمول بازرسی						
۱۲						در صورت وجود و استفاده از واکس برای پوشش میوه جات آیا واکس مورد استفاده دارای تاییدیه می باشد؟
۱۳						آیا ممنوعیت تماس مستقیم میوه و سبزیجات با کف زمین و سطوح آلوده رعایت شده است؟
۱۴						در صورت عرضه دانه ها و جوانه های تازه حبوبات و غلات آیا بدون کپک زدگی بوده و بسته بندی آن دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۵						آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۱۶						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۱۷						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۱۸						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۱۹						آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۲۰						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۱						در صورت وجود یخچال آیا سالم و تمیز می باشد؟
۲۲						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۲۳						در صورت وجود ویتربین، کابینت و قفسه ها، آیا تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۲۴						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۲۵						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۲۶						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۷						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۸						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۹						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟



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:

کد فرم: ۱۲۲/۹۲۰۳۱۸							چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه میوه و تره بار							
بهداشت ساختمان (د)														
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:		مصادق ندارد ^۱	اصلاح در محل ^۲	بلی <input checked="" type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مصادق ندارد ^۱	اصلاح در محل ^۲	
						مصادق ندارد ^۱	اصلاح در محل ^۲							
ردیف	موارد مشمول بازرسی													
۳۰														در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۱														در صورت وجود سرویس بهداشتی مراجعین آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲														در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟
۳۳														در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴														در صورت وجود نماز خانه آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۵														در صورت وجود سالن غذا خوری آیا کف، دیوار و سقف سالن سالم و قابل نظافت می باشد؟
۳۶														آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۷														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؟
۳۸														آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۳۹														آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟

۱: مصادق 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 میادین میوه و تره بار هر واحد صنفی با چک لیست مختص آن واحد مورد بازرسی قرار گیرد.



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 مراکز عرضه میوه و تره بار کد فرم: ۱۲۲/۹۲۰۳۱۸

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 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