



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت بهداشت  
مرکز سلامت محیط و کار

# چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی

کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸



## 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:

### چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی

کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸

<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="checkbox"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="checkbox"/></p> <p>* آدرس: <input type="checkbox"/></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 <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
<b>موارد مشمول بازرسی</b>						
* آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، تاول یا جوش چرکین، محل را با یک نوار یا باند ضد آب کاملا پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟						۱
* آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۲
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۳
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۴
آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی دارای ناخن کوتاه هستند و ممنوعیت استفاده از لاک، ناخن مصنوعی، جواهرات و زیورآلات 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 استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۷
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۸
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؟						۹
آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۱۰
آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟						۱۱
آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟						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:

کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸						چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی						
الف: بهداشت فردی												
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مصادق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/>	اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	
		///	///	///	///							///
موارد مشمول بازرسی						ردیف						
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟												۱۳
ب: بهداشت مواد غذایی												
* آیا ممنوعیت عرضه مواد غذایی بالقوه خطرناک رعایت می گردد؟												۱۴
* آیا سبزیجات و صیفی جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟												۱۵
* آیا دمای پخت مواد غذایی در حین طبخ رعایت می گردد؟												۱۶
* آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟												۱۷
* آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟												۱۸
* آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟												۱۹
* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟												۲۰
* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟												۲۱
آیا جداسازی مواد غذایی خام و پخته، شسته و نشسته، رعایت می گردد؟												۲۲
آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟												۲۳
آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟												۲۴
آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟												۲۵
آیا مدارک و مستندات لازم در مورد سوابق مربوط به خرید و ذخیره سازی مواد غذایی موجود می باشد؟												۲۶
آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟												۲۷
آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟												۲۸
آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟												۲۹
آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟												۳۰



## 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: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی

#### (ب): بهداشت مواد غذایی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> +	
		/ /	/ /	/ /	/ /		
موارد مشمول بازرسی							/ /
						آیا تاریخ ورود مواد غذایی به یخچال، فریزر یا سردخانه بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضاء است؟	۳۱

#### (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

						* آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟	۳۲
						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟	۳۳
						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟	۳۴
						آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟	۳۵
						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟	۳۶
						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۳۷
						آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی سالم و تمیز می باشد؟	۳۸
						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟	۳۹
						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه، طبخ و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۴۰
						آیا محل طبخ مواد غذایی از بالا و از روبرو دارای حفاظ می باشد؟	۴۱
						آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟	۴۲
						آیا میزهای کار، روبه ضد زنگ و سالم دارند؟	۴۳
						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۴۴
						آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	۴۵
						آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟	۴۶
						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	۴۷
						آیا کپسول اطفاء حریق در محل وجود دارد؟	۴۸
						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟	۴۹



## 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 کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی						
کد فرم: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸						
بهداشت ساختمان (د)						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
	///					
۵۰						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۱						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۲						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۳						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۵۴						آیا پوشش دیوار سقف و کف سالم و قابل نظافت می باشد؟
۵۵						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۵۶						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۵۷						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۵۸						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۹						آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟

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



## 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: ۱۱۰/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از کیوسک ثابت عرضه مواد غذایی

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