



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

کد فرم: ۳۱۸-۹۲۰/۱۳۲



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شبهه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

| | |
|---|----------------------------|
| مشخصات محل تصدی / مدیریت | مشخصات مالک / مدیر / متصدی |
| «نوع فعالیت صنعتی» | ام: |
| «کد واحد» | |
| «تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/> | |
| «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"/> | ام خانوادگی: |
| «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"/> | کد ملی: |
| «تلفن همراه» | نام پدر: |
| «تلفن ثابت» | |
| «آدرس» | لیدیستی: |
| «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"/> | |
| «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

| وضعیت: | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | بیت و تاریخ بازرسی |
|---|-------|-----|-----|-----|---|-----------------------|
| بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> + | // | // | // | // | // | بف |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | |
| * آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، تاول یا جوش چرکین، محل را با یک نوار یا پانده ضد آب کاملاً 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 |

ارسال



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شبه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

جگ لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

(الف): بهداشت فردی

| ردیف | تاریخ بازرسی | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت: |
|--------------------|--------------|---|-----|-----|-----|-------|--|
| | | | | | | | بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> مصداق ندارد <input checked="" type="checkbox"/> اصلاح در محل <input checked="" type="checkbox"/> |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | | |
| ۱۲ | | | | | | | آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟ |
| ۱۳ | | | | | | | آیا راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟ |
| ۱۴ | | | | | | | آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟ |

(ب): بهداشت مواد غذایی

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|---|
| ۱۵ | | | | | | | * آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟ |
| ۱۶ | | | | | | | * آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟ |
| ۱۷ | | | | | | | * آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد رعایت می گردد؟ |
| ۱۸ | | | | | | | * آیا متنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟ |
| ۱۹ | | | | | | | * آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟ |
| ۲۰ | | | | | | | آیا جداسازی گوشت قرمز و سفید در یخچال و فریزر رعایت می گردد؟ |
| ۲۱ | | | | | | | آیا از فرار گرفتن محصولات و فرآورده های گوشتی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟ |
| ۲۲ | | | | | | | آیا بسته بندی مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشند؟ |
| ۲۳ | | | | | | | آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟ |
| ۲۴ | | | | | | | آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟ |
| ۲۵ | | | | | | | آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟ |

(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| ۲۶ | | | | | | | * آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟ |
| ۲۷ | | | | | | | * آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟ |
| ۲۸ | | | | | | | آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟ |
| ۲۹ | | | | | | | آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شستشوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟ |

مهر و امضاء



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شکله بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

| ردیف | تاریخ و تاریخ بازرسی | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت: |
|----------------------------|----------------------|---|-----|-----|-----|-------|---|
| | | | | | | | بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> عمدهای ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> + |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | | |
| ۳۰ | | | | | | | آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟ |
| ۳۱ | | | | | | | آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۳۲ | | | | | | | آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟ |
| ۳۳ | | | | | | | آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟ |
| ۳۴ | | | | | | | آیا تخته و کنده کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۳۵ | | | | | | | آیا ویترین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟ |
| ۳۶ | | | | | | | آیا جنس و مشخصات ابزار و ظروفی که برای فرآوری و نگهداری مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۳۷ | | | | | | | آیا ابزار و ظروفی که برای فرآوری و نگهداری مواد غذایی استفاده می شود سالم و تمیز می باشند؟ |
| ۳۸ | | | | | | | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟ |
| ۳۹ | | | | | | | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟ |
| (د): بهداشت ساختمان | | | | | | | |
| ۴۰ | | | | | | | * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۴۱ | | | | | | | آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۴۲ | | | | | | | آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۴۳ | | | | | | | آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟ |
| ۴۴ | | | | | | | در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟ <input checked="" type="checkbox"/> |
| ۴۵ | | | | | | | در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟ |
| ۴۶ | | | | | | | در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۴۷ | | | | | | | آیا پوشش دیوار محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟ |

روستا



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شبه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ

(د): بهداشت ساختمان

| وضعیت: | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | وقت و تاریخ بازرسی |
|--|-------|-----|-----|-----|---|-----------------------|
| | | | | | | بف |
| بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> + | / / | / / | / / | / / | / / | |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | |
| آیا پوشش کف محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟ | | | | | | ۴۸ |
| آیا پوشش سقف محل به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟ | | | | | | ۴۹ |
| آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | ۵۰ |
| 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؟ | | | | | | ۵۱ |
| آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟ | | | | | | ۵۲ |
| آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟ | | | | | | ۵۳ |
| آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟ | | | | | | ۵۴ |
| آیا وضعیت تهویه مطبوع بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | ۵۵ |
| آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟ | | | | | | ۵۶ |

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 * 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.

دریافت
تاریخ



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبهه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۳۲/۹۲۰۳۱۸ **چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت و مرغ**

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

| چهارم | سوم | دوم | اول | نوبت بازرسی |
|-------|-----|-----|-----|---|
| | | | | مشخصات نائید 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 |

دریافت شد