



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

چک لیست بازرسی بهداشتی

از کترینک، آشپزخانه مرکزی و مراکز تهیه غذای بیرون بر

کد فرم: ۱۰۳/۹۲۰۳۱۸



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 کترینگ، آشپزخانه مرکزی و مراکز تهیه غذاهای بیرون بر کد فرم: ۱۰۳/۹۲۰۳۱۸

<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						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/>
		ردیف	ردیف	ردیف	ردیف	
۱						* 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؟
۲						* آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟
۳						آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟
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 فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟
۷						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟
۸						آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟
۹						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؟
۱۰						آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟
۱۱						آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟



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 کترینگ، آشپزخانه مرکزی و مراکز تهیه غذاهای بیرون بر					
کد فرم: ۱۰۳/۹۲۰۳۱۸					
الف: بهداشت فردی					
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم
		وضعیت:	وضعیت:	وضعیت:	وضعیت:
		<input type="checkbox"/> بلی	<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱	<input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲
		/ /	/ /	/ /	/ /
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 سبزیجات و صیفی جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟
۱۶					* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟
۱۷					* آیا دمای پخت مواد غذایی در حین طبخ رعایت می گردد؟
۱۸					* آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟
۱۹					* آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟
۲۰					* آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۱					* آیا تخم مرغ مصرفی، در شرایط مناسب نگهداری می گردد؟
۲۲					* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۲۳					* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۲۴					آیا جداسازی مواد غذایی خام و پخته، شسته و نشسته، گوشت قرمز و سفید در یخچال و فریزر رعایت می گردد؟
۲۵					آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟
۲۶					آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۷					آیا یخ زدایی مواد غذایی منجمد به درستی انجام می گردد؟
۲۸					آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۹					آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۳۰					آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم 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: ۱۰۳/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از کترینگ، آشپزخانه مرکزی و مراکز تهیه غذاهای بیرون بر

ب: بهداشت مواد غذایی						
نوبت 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"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
۳۱						آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟
۳۲						آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۳۳						آیا تاریخ ورود مواد غذایی به یخچال، فریزر یا سردخانه و انبار بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضاء است؟
ج: بهداشت ابزار و تجهیزات						
۳۴						* آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟
۳۵						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۳۶						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۳۷						آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۳۸						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟
۳۹						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۰						آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی و سیخ های کباب سالم و تمیز می باشد؟
۴۱						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۴۲						آیا جنس و مشخصات سیخ کباب یا ظروفی که برای تهیه، طبخ و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۳						آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟
۴۴						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۴۵						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۶						در صورت وجود خمیرگیر آیا از جنس زنگ نزن و بدون رنگ بوده و شیر آب گرم و سرد بالای آن نصب شده 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:

چک لیست بازرسی بهداشتی از کترینگ، آشپزخانه مرکزی و مراکز تهیه غذاهای بیرون بر						
کد فرم: ۱۰۳/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد! <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +
ردیف	///					موارد مشمول بازرسی
۴۷						آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۴۸						آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟
۴۹						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۵۰						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۵۱						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۲						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۳						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۴						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۵۵						آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۶						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟
۵۷						آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۸						آیا پوشش دیوار محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۵۹						آیا پوشش کف محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۶۰						آیا پوشش سقف محل طبخ به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟
۶۱						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۶۲						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؟
۶۳						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۶۴						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۶۵						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۶۶						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۶۷						آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۶۸						در صورت قراردادن واحد آماده سازی مواد غذایی خام در آشپزخانه، آیا جداسازی مواد غذایی خام از مواد غذایی فرآوری شده انجام شده 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:

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:

چک لیست بازرسی بهداشتی از کترینگ، آشپزخانه مرکزی و مراکز تهیه غذاهای بیرون بر کد فرم: ۱۰۳/۹۲۰۳۱۸

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