



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

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (عرضه مواد غذایی)

کد فرم: ۳۱۸۰۳۱۸/۹۲۰/۱۳۴



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 بوفه (عرضه مواد غذایی)

کد فرم: ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸

مشخصات محل تصدی / مدیریت * نوع فعالیت صنفی: <input type="text"/> * کد واحد: <input type="text"/> * تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/> * تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/> * تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/> * تلفن همراه: <input type="text"/> * تلفن ثابت: <input type="text"/> * آدرس: <input type="text"/> * 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 جذب <input type="checkbox"/> رها سازی در محیط <input type="checkbox"/>		مشخصات مالک / مدیر / متصدی * نام: <input type="text"/> * نام خانوادگی: <input type="text"/> * کد ملی: <input type="text"/> * نام پدر: <input type="text"/> * کد پستی: <input type="text"/>	
---	--	---	--

(الف): بهداشت فردی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: <div>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل^۲ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -</div>
		/ /	/ /	/ /	/ /	
		موارد مشمول بازرسی				
ردیف						۱ آیا کارکنان 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 ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟
						۵ آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟
						۶ آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟
						۷ آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟

(ب): بهداشت مواد غذایی

۸						* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟
۹						* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟
۱۰						آیا شرایط نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۱						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۱۲						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۱۳						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟



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 بوفه (عرضه مواد غذایی)						
کد فرم: ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		/ /	/ /	/ /	/ /	
						بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +
						ردیف
موارد مشمول بازرسی						
۱۴						* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم و تمیز هستند؟
۱۵						* در صورت وجود ظروف و ابزار در ارتباط مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف و ابزار مذکور در نظر گرفته شده است؟
۱۶						آیا تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۱۷						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۸						در صورت وجود دستگاه مرتبط با مواد غذایی آیا سالم و تمیز می باشد؟
۱۹						آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۲۰						آیا میز، صندلی و نیمکت ها سالم و تمیز می باشد؟
۲۱						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۲۲						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۲۳						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۴						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۵						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۶						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۲۷						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۸						آیا کف، دیوار و سقف محل سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟
۲۹						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۰						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۳۱						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲						آیا قفسه بندی و پالت گذاری 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:

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 بوفه (عرضه مواد غذایی) کد فرم: ۱۳۴/۹۲۰۳۱۸

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

نوبت بازرسی	اول	دوم	سوم	چهارم
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				