



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

# چک لیست بازرسی بهداشتی از عطاری

کد فرم: ۱۲۸/۹۲۰۳۱۸



### وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

## چک لیست بازرسی بهداشتی از عطاری

کد فرم: ۱۲۸/۹۲۰۳۱۸

مشخصات محل تصدی / مدیریت

مشخصات مالک / مدیر / متصدی

نام:

نام خانوادگی:

کد ملی:

نام پدر:

کد پستی:

نوع فعالیت صنعتی:

کد واحد:

تعداد کارکنان: بازرسی اول  بازرسی دوم  بازرسی سوم  بازرسی چهارم

تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول  بازرسی دوم  بازرسی سوم  بازرسی چهارم

تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول  بازرسی دوم  بازرسی سوم  بازرسی چهارم

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

روش تامین آب آشامیدنی: منابع بهداشتی شده  منبع غیر بهداشتی  شبکه توزیع آب آشامیدنی  مخزن ذخیره آب

روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی  شبکه جمع آوری فاضلاب  چاه جذب  رها سازی در محیط

### الف: بهداشت فردی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بلی <input type="checkbox"/>	
		//	//	//	//		
						موارد مشمول بازرسی	
۱						* آیا در صورت تماس مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف از ابزار مناسب و یا دستکش یکبار مصرف استفاده می شود؟	
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 متنوعیت عرضه و استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟	
۹						آیا ممنوعیت عرضه مواد غذایی بالقوه خطرناک رعایت می گردد؟	
۱۰						آیا جداسازی مواد خوردنی و آشامیدنی از سایر محصولات رعایت می گردد؟	
۱۱						آیا ممنوعیت تماس مستقیم مواد خوردنی که به صورت غیر بسته بندی عرضه می گردد با کف زمین و سطوح آلوده رعایت می گردد؟	
۱۲						آیا مواد خوردنی و آشامیدنی که به صورت غیر بسته بندی می گردد در ظروف مناسب و دارای در پوش نگهداری می گردد؟	

امضاء



## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شکله بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۲۸/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از عطاری

#### (ب): بهداشت مواد غذایی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	ردیف
						بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> معصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	//	//	//	//	//		
موارد مشمول بازرسی							
						آیا از قرار گرفتن مواد غذایی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟	۱۳
						آیا تفکیک محل نگهداری مواد خوردنی و آشامیدنی از مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟	۱۴
						آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟	۱۵
						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	۱۶
						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟	۱۷
						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟	۱۸
						آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟	۱۹
						آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	۲۰
<b>(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات</b>							
						آیا تمیذات لازم برای شستشوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟	۲۱
						تمهیذات لازم برای شستشوی ظروف در نظر گرفته شده است؟	۲۲
						آیا جعبه های مقوایی، پاکت های کاغذی و ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۲۳
						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها 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؟	۲۶
<b>(د): بهداشت ساختمان</b>							
						* 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 تمهیذات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	۳۰

امضاء





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: ۱۲۸/۹۲۰۳۱۸		چک لیست بازرسی بهداشتی از عطاری					
بهداشت ساختمان							
وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی	ردیف
	بلی <input checked="" type="checkbox"/>	خیر <input checked="" type="checkbox"/>	مصادق ندارد <input checked="" type="checkbox"/>	اصلاح در محل <input checked="" type="checkbox"/>			
موارد مشمول بازرسی							
در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۱
آیا کف، دیوار و سقف محل سالم و قابل نظافت می باشد؟							۳۲
آیا کف، دیوار و سقف ابار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۳
آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی می باشد؟							۳۴
آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۵
آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۶

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.

دوباره برسی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۲۸/۹۲۰۳۱۸ **چک لیست بازرسی بهداشتی از عطاری**

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

دریافت شد