



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی  
از مراکز عرضه گوشت، مرغ، ماهی، میگو  
و فرآورده های خوراکی آبریان

کد فرم: ۳۱۸-۹۲۰/۱۳۳



### 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 مراکز عرضه گوشت، مرغ، ماهی، میگو و فرآورده های خوراکی آبزیان کد فرم: ۱۳۳/۹۲-۳۱۸

|  |  |
|--|--|
| مشخصات محل تصدی / مدیریت   | مشخصات مالک / مدیر / متصدی                             |
| * نوع فعالیت صنعتی:<br>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/><br>* 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"/><br>* 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"/><br>* تلفن همراه:<br>* تلفن ثابت:<br>* آدرس:<br>* روش تامین آب آشامیدنی: منابع بهداشتی شده <input type="checkbox"/> منبع غیر بهداشتی <input type="checkbox"/> شبکه توزیع آب آشامیدنی <input type="checkbox"/> مخزن ذخیره آب <input type="checkbox"/><br>* 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"/> | ام:<br>ام خانوادگی:<br>تد ملی:<br>نام پدر:<br>تد پستی: |

### (الف): بهداشت فردی

| بیت و تاریخ بازرسی | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:   |
|--------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|--|
|                    |                                |     |     |     |       | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ممدای ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> +                   |
|                    |                                |     |     |     |       | موارد مشمول بازرسی   |
| ۱                  |                                |     |     |     |       | * آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، ناول یا جوش چرکین، محل را با یک نوار یا باند ضد آب کاملاً 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 ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟   |
| ۵                  |                                |     |     |     |       | 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؟                                       |
| ۶                  |                                |     |     |     |       | آیا ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل مواد غذایی 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؟  |

بازرسی شده است



### 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:

کد فرم: ۱۳۳/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت، مرغ، ماهی، میگو و فرآورده های خوراکی آبزیان

#### (الف) بهداشت فردی

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

#### (ب) بهداشت مواد غذایی

|   |  |  |  |  |  |    |
|---|--|--|--|--|--|----|
| * آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟  |  |  |  |  |  | ۱۵ |
| * آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟  |  |  |  |  |  | ۱۶ |
| * آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد رعایت می گردد؟   |  |  |  |  |  | ۱۷ |
| * در صورت وجود و عرضه محصولات یخ پوشانی، آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟                     |  |  |  |  |  | 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 |
| در صورت وجود و عرضه محصولات دریایی تازه آیا سطح محصول کاملاً یخ پوشانی می گردد؟                         |  |  |  |  |  | ۲۱ |
| آیا جداسازی گوشت قرمز و سفید در یخچال و فریزر رعایت می گردد؟  |  |  |  |  |  | ۲۲ |
| آیا از فرار گرفتن محصولات و فرآورده های گوشتی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟           |  |  |  |  |  | ۲۳ |
| آیا بسته بندی مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشند؟   |  |  |  |  |  | ۲۴ |
| آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟                          |  |  |  |  |  | ۲۵ |
| آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟ |  |  |  |  |  | ۲۶ |
| آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                       |  |  |  |  |  | ۲۷ |

بازرسی شده است



### 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: ۱۳۳/۹۲-۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت، مرغ، ماهی، میگو و فرآورده های خوراکی آبزیان

(ب): بهداشت ابزار و تجهیزات

| ردیف                       | تاریخ و نام بازرسی | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل<br>/ / | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                  |   |
|----------------------------|--------------------|--|-----|-----|-----|-------|---|---|
|                            |                    |  |     |     |     |       | بله <input checked="" type="checkbox"/> | خیر <input type="checkbox"/>  |
|                            |                    |  |     |     |     |       | اصلاح در محل <input type="checkbox"/>   | مصدای ندارد <input type="checkbox"/>  |
| موارد مشمول بازرسی         |                    |  |     |     |     |       |   |   |
| ۲۸                         |                    |  |     |     |     |       |   | * آیا پنجهال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟   |
| ۲۹                         |                    |  |     |     |     |       |   | * آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟  |
| ۳۰                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟                      |
| ۳۱                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شستشوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟                                      |
| ۳۲                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟  |
| ۳۳                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا جعبه های مفوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟           |
| ۳۴                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟  |
| ۳۵                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟   |
| ۳۶                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا تخته و کنده کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۳۷                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا ویترین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟   |
| ۳۸                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا جنس و مشخصات ابزار و ظروفی که برای فرآوری و نگهداری مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟ |
| ۳۹                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا ابزار و ظروفی که برای فرآوری و نگهداری مواد غذایی استفاده می شود سالم و تمیز می باشند؟                      |
| ۴۰                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟  |
| ۴۱                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟   |
| <b>(د): بهداشت ساختمان</b> |                    |  |     |     |     |       |   |   |
| ۴۲                         |                    |  |     |     |     |       |   | * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۴۳                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۴۴                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۴۵                         |                    |  |     |     |     |       |   | آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟  |
| ۴۶                         |                    |  |     |     |     |       |   | در صورت وجود سرویس های بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟          |

وزارت بهداشت



### وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شیکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت، مرغ، ماهی، میگو و فرآورده های خوراکی آبزیان کد فرم: ۱۳۳/۹۲-۳۱۸

(ج): بهداشت ساختمان

| بند و تاریخ بازرسی | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:   |
|--------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|--|
|                    |                                |     |     |     |       | بلی <input type="checkbox"/>   |
| بند                | ///                            | /// | /// | /// | ///   | موارد مشمول بازرسی   |
| ۴۷                 |                                |     |     |     |       | در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟  |
| ۴۸                 |                                |     |     |     |       | در صورت وجود حمام آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
| ۴۹                 |                                |     |     |     |       | آیا پوشش دیوار محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟   |
| ۵۰                 |                                |     |     |     |       | آیا پوشش کف محل از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟  |
| ۵۱                 |                                |     |     |     |       | آیا پوشش سقف محل به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟   |
| ۵۲                 |                                |     |     |     |       | آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
| ۵۳                 |                                |     |     |     |       | 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؟ |
| ۵۴                 |                                |     |     |     |       | آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟  |
| ۵۵                 |                                |     |     |     |       | آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟   |
| ۵۶                 |                                |     |     |     |       | آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟  |
| ۵۷                 |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۵۸                 |                                |     |     |     |       | آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |

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 \* 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.

کریسپا



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:

جگ لیست بازرسی بهداشتی از مراکز عرضه گوشت، مرغ، ماهی، میگو و فرآورده های خوراکی آبزیان کد فرم: ۱۳۳/۹۲۰۳۱۸

| 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          |

آبزیان