



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

چک لیست بازرسی بهداشتی از نانوایی سنتی

کد فرم ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸



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 نانوایی سنتی

کد فرم: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸

مشخصات محل تصدی / مدیریت * نام: * نوع فعالیت صنفی: * 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 بهسازی شده ☐ منبع غیر بهسازی ☐ شبکه توزیع آب آشامیدنی ☐ مخزن ذخیره آب ☐ * روش دفع فاضلاب: تصفیه خانه اختصاصی ☐ شبکه جمع آوری فاضلاب ☐ چاه جذب ☐ رها سازی در محیط ☐		مشخصات مالک / مدیر / متصدی * نام: * نام خانوادگی: * کد ملی: * نام پدر: * کد پستی:
---	--	--

(الف): بهداشت فردی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		/ /	/ /	/ /	/ /	☐ بلی ☐ خیر ☐ مصداق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲ ☐ +
ردیف						موارد مشمول بازرسی
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 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 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

مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی:

شبکه بهداشت و درمان/ مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸							چک لیست بازرسی بهداشتی از نانوائی سنتی						
(الف): بهداشت فردی													
نوبت و تاریخ بازرسی		درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:						
							بلی ✓ خیر × مصادق ندارد^۱ - اصلاح در محل^۲ +						
ردیف												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													* در صورت وجود مواد غذایی بالقوه خطرناک، آیا زنجیره سرد رعایت می گردد؟
۱۷													* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟
۱۸													* آیا ممنوعیت استفاده از مواد افزودنی نظیر رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟
۱۹													آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۲۰													آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۲۱													آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۲۲													در صورت استفاده از انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو آیا در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟
۲۳													آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۴													آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات													
۲۵													* آیا یخچال، فریزر مورد استفاده سالم هستند؟
۲۶													* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۲۷													آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۲۸													آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۲۹													آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟



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 فناوری سنتی						
کد فرم: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						☒ بلی ☐ خیر ☐ مصداق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲
ردیف	/ /					موارد مشمول بازرسی
۳۰						در صورت استفاده از جعبه های مقوایی، پاکت های کاغذی و ظروف بسته بندی آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۱						آیا ظروف آماده سازی و طبخ مواد غذایی سالم و تمیز می باشد؟
۳۲						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۳۳						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه و طبخ مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴						آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟
۳۵						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۳۶						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۷						آیا خمیر گیر از جنس زنگ نزن و بدون رنگ بوده و شیر آب گرم و سرد بالای آن نصب شده است؟
۳۸						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۳۹						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۴۰						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۴۱						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۲						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۳						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۴						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۴۵						آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۶						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟
۴۷						آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۸						آیا پوشش دیوار محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۴۹						آیا پوشش کف محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۵۰						آیا پوشش سقف محل طبخ به رنگ روشن، سالم و تمیز 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 نانوایی سنتی						
کد فرم: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸						
(د): بهداشت ساختمان						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						☐ بلی ☒ خیر ☒ مصداق ندارد ^۱ ☐ اصلاح در محل ^۲ ☐ +
ردیف						موارد مشمول بازرسی
۵۱						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۲						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی می باشد؟
۵۳						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۵۴						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۵۵						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۶						آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟

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:

کد فرم: ۱۱۱/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از نانوایی سنتی

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

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