



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

# چک لیست بازرسی بهداشتی مراکز تولید و عرضه نان فانتزی و شیرمال

کد فرم ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸



## 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 مراکز تولید و عرضه نان فانتزی و شیرمال

کد فرم: ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نام: <input type="text"/></p> <p>* نوع فعالیت صنفی: <input type="text"/></p> <p>* کد واحد: <input type="text"/></p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* 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"/></p> <p>* تلفن همراه: <input type="text"/></p> <p>* تلفن ثابت: <input type="text"/></p> <p>* آدرس: <input type="text"/></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 <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/>                     |
| 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

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

| کد فرم: ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸          |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                        | چک لیست بازرسی بهداشتی مراکز تولید و عرضه نان فانتزی و شیرمال |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| (الف): بهداشت فردی          |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                        |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| نوبت و تاریخ بازرسی         | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                                                                                                                                                                                 | ردیف                                                          |  |  |  |  |  |  |
|                             |                                | / / | / / | / / | / /   | بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| 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 و گرم به تناسب مواد غذایی 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 ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟                                                                                                                |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۰                          |                                |     |     |     |       | آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                                                                                                                                            |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۱                          |                                |     |     |     |       | آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟                                                                                                                         |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۲                          |                                |     |     |     |       | آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟                                                                                                |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۳                          |                                |     |     |     |       | در صورت استفاده از انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو آیا در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟                                                                                           |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۴                          |                                |     |     |     |       | آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                              |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۵                          |                                |     |     |     |       | آیا محلول ها ی ضدعفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                                                                                                                     |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                        |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۶                          |                                |     |     |     |       | * آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟                                                                                                                                                 |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۷                          |                                |     |     |     |       | * آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟                                                                                                                                                           |                                                               |  |  |  |  |  |  |
| ۲۸                          |                                |     |     |     |       | آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت 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 مراکز تولید و عرضه نان فانتزی و شیرمال |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کد فرم: ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸                                            |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |
| (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات                                   |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |
| نوبت و تاریخ<br>بازرسی                                        | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                               |                                         |     |     |     |       | بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ردیف                                                          | موارد مشمول بازرسی                      |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |
| ۲۹                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟                                                                                                                                               |
| ۳۰                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟                                                                                                                                                                                  |
| ۳۱                                                            |                                         |     |     |     |       | در صورت استفاده از جعبه های مقوایی، پاکت های کاغذی و ظروف بسته بندی آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                       |
| ۳۲                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا ظروف آماده سازی و طبخ مواد غذایی سالم و تمیز می باشد؟                                                                                                                                                                   |
| ۳۳                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟                                                                                                                                                                            |
| ۳۴                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه و طبخ مواد غذایی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                           |
| ۳۵                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلودگی هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟                                                                                                                                 |
| ۳۶                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟                                                                                                                                                                                   |
| ۳۷                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                                              |
| ۳۸                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا خمیر گیر از جنس زنگ نزن و بدون رنگ بوده و شیر آب گرم و سرد بالای آن نصب شده است؟                                                                                                                                        |
| ۳۹                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی 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؟                                                                                                                                                           |
| (د): بهداشت ساختمان                                           |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |
| 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                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                     |
| ۴۷                                                            |                                         |     |     |     |       | در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟                                                                                                                                     |
| ۴۸                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                 |
| ۴۹                                                            |                                         |     |     |     |       | آیا پوشش دیوار محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت 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: ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸                                                                                                                                                          |  |       |     |     |     |                                         | چک لیست بازرسی بهداشتی مراکز تولید و عرضه نان فانتزی و شیرمال |    |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-----|-----|-----|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----|--|--|--|--|--|
| (د): بهداشت ساختمان                                                                                                                                                         |  |       |     |     |     |                                         |                                                               |    |  |  |  |  |  |
| وضعیت:                                                                                                                                                                      |  | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | نوبت و تاریخ<br>بازرسی                                        |    |  |  |  |  |  |
| بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> + |  | / /   | / / | / / | / / | فرم قبل<br>/ /                          | ردیف                                                          |    |  |  |  |  |  |
| موارد مشمول بازرسی                                                                                                                                                          |  |       |     |     |     |                                         |                                                               |    |  |  |  |  |  |
| 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؟                                                                                                                      |  |       |     |     |     |                                         |                                                               | ۵۱ |  |  |  |  |  |
| آیا کف، دیوار و سقف محل عرضه مواد غذایی سالم، تمیز و قابل نظافت 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؟                                                                                                                    |  |       |     |     |     |                                         |                                                               | ۵۹ |  |  |  |  |  |

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: ۱۱۲/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی مراکز تولید و عرضه نان فانتزی و شیرمال

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

| نوبت بازرسی | مشخصات تأیید کنندگان                                                | 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          |     |     |     |       |