



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

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

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

<p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نوع فعالیت صنفی: <input type="checkbox"/> بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</p> <p>* کد واحد: <input type="checkbox"/> بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</p> <p>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم</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

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
<input type="checkbox"/> 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"/> +	/	/	/	/	/	
<b>موارد مشمول بازرسی</b>						
* آیا در صورت تماس مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف از ابزار مناسب و یا دستکش یکبار مصرف استفاده می شود؟						۱
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۲
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۳
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۴
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۵
آیا لباس کار کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟						۶
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۷

### (ب): بهداشت مواد غذایی

* آیا ممنوعیت عرضه و استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟						۸
آیا ممنوعیت عرضه مواد غذایی بالقوه خطرناک رعایت می گردد؟						۹
آیا جداسازی مواد خوردنی و آشامیدنی از سایر محصولات رعایت می گردد؟						۱۰
آیا ممنوعیت تماس مستقیم مواد خوردنی که به صورت غیر بسته بندی عرضه می گردد با کف زمین و سطوح آلوده رعایت می گردد؟						۱۱
آیا مواد خوردنی و آشامیدنی که به صورت غیر بسته بندی می گردد در ظروف مناسب و دارای در پوش نگهداری می گردد؟						۱۲



## 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: 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
		///	///	///	///		
	///					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"/> +	
موارد مشمول بازرسی							
۱۳						آیا از قرار گرفتن مواد غذایی در معرض تابش مستقیم نور خورشید جلوگیری می گردد؟	
۱۴						آیا تفکیک محل نگهداری مواد خوردنی و آشامیدنی از مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟	
۱۵						آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟	
۱۶						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	
۱۷						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟	
۱۸						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟	
۱۹						آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟	
۲۰						آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدای مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	

#### (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

۲۱						آیا تمیذات لازم برای شستشوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟	
۲۲						تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف در نظر گرفته شده است؟	
۲۳						آیا جعبه های مقوایی، پاکت های کاغذی و ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۴						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟	
۲۵						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	
۲۶						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟	

#### (د): بهداشت ساختمان

۲۷						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۸						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۹						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۳۰						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟	



## 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 عطاری						
کد فرم: ۱۲۸/۹۲۰۳۱۸						
(د) بهداشت ساختمان						
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	ردیف	موارد مشمول بازرسی	
۳۱						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲						آیا کف، دیوار و سقف محل سالم و قابل نظافت می باشد؟
۳۳						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۴						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی می باشد؟
۳۵						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۶						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:

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

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

مشخصات تأیید کنندگان	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				