



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز سلامت محیط و کار

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدارس

کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸



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: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدارس

<p>مشخصات مدرسه</p> <p>* نام مدرسه <input type="checkbox"/> مدرسه مروج سلامت * کد واحد: <input type="checkbox"/></p> <p>* پسرانه <input type="checkbox"/> دخترانه <input type="checkbox"/> مختلط <input type="checkbox"/> تعداد شیفت: <input type="checkbox"/></p> <p>* دوره تحصیلی: دوره اول ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره دوم ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره اول متوسطه <input type="checkbox"/> دوره دوم متوسطه <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد کل دانش آموزان: * تعداد دانش آموزان در شیفت غالب: * تعداد دانش آموزان عشایر: * تعداد طبقات مدرسه: * تعداد کل کلاس های درس: *</p> <p>* نوع مدرسه: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> استثنایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> هنرستان فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> مجتمع آموزشی <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع ساختمان مدرسه: نوساز <input type="checkbox"/> قدیمی <input type="checkbox"/> مقاوم سازی در برابر زلزله <input type="checkbox"/> چادر <input type="checkbox"/> کپر <input type="checkbox"/> کشت و گل <input type="checkbox"/> کانتینر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع مالکیت مدرسه: دولتی <input type="checkbox"/> استیجاری (دولتی) <input type="checkbox"/> غیر دولتی <input type="checkbox"/> خیر ساز <input type="checkbox"/></p> <p>* 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"/></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 <input type="checkbox"/></p> <p>* تلفن ثابت مدرسه: * آدرس مدرسه: *</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 مدیر مدرسه</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> <p>مدرسه:</p> <p>* تلفن همراه مدیر مدرسه: <input type="text"/></p> <p>.....</p>
--	--

(الف): بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل^۲ <input type="checkbox"/></p>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
* آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی شاغل در آبدار خانه در صورت داشتن زخم، بریدگی، سوختگی، تاول یا جوش چرکین، محل را با یک نوار یا باند ضد آب کاملا پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟						۱
* آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی شاغل در آبدار خانه شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۲
آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی شاغل در آبدارخانه هنگام کار از روپوش تمیز با رنگ روشن، بدون لک و پارگی، متناسب با نوع کار استفاده می نمایند؟						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 راهنمای شستشوی دست به صورت مصور در محل شستشوی دست نصب شده است؟						۶
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۷
آیا همه کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۸



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 مدارس							کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸	
(ب) بهداشت مواد غذایی								
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:		
						بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	مصادق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/>
ردیف						موارد مشمول بازرسی		
۹						* در صورت وجود و استفاده از سبزیجات و صیفی جات آیا قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟		
۱۰						در صورت وجود و عرضه شیر مدرسه آیا حمل و نقل شیر به درستی انجام می گردد؟		
۱۱						در صورت وجود و عرضه شیر مدرسه آیا شیر عرضه شده دارای ویژگی های لازم می باشد؟		
۱۲						در صورت وجود و عرضه شیر مدرسه آیا نمونه برداری از شیر مطابق دستورعمل انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟		
۱۳						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را بر اساس دستورعمل خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام داده و نتایج در محل نگهداری می گردد؟		
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات								
۱۴						* آیا یخچال مورد استفاده سالم هستند؟		
۱۵						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟		
۱۶						آیا سینک ظرفشویی سالم و بدون زنگ زدگی بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟		
۱۷						آیا ظروف سرو مواد غذایی موجود در آبدار خانه سالم و تمیز بوده و در محل تمیز نگهداری می گردد؟		
۱۸						آیا میز و نیمکت های مورد استفاده سالم، تمیز و متناسب با ابعاد جسمی دانش آموزان می باشد؟		
۱۹						آیا تابلوی آموزش موجود در کلاس در محل مناسب و در معرض دید کامل دانش آموزان نصب گردیده است؟		
۲۰						آیا ماژیک و گچ مورد استفاده دارای برچسب استاندارد می باشد؟		
۲۱						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟		
۲۲						آیا سیستم های تامین سرمایش و گرمایش مدرسه مورد تایید می باشد؟		
۲۳						آیا تهیدات لازم جهت پیشگیری از شیوع بیماری پدیکلوزیس در نظر گرفته شده است؟		
۲۴						در صورت وجود سالن غذا خوری آیا ظروف سرو مواد غذایی سالم و تمیز بوده و جنس ظروف دارای ویژگی های لازم 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 مدارس						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
						بلی <input type="checkbox"/>
ردیف						
						موارد مشمول بازرسی
۲۵						در صورت وجود سالن غذا خوری آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟
۲۶						آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند و در محفظه جدا نگهداری می گردد؟
(د): بهداشت ساختمان						
۲۷						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۸						آیا محل احداث مدرسه مطابق ضوابط بوده و مورد تایید می باشد؟
۲۹						آیا مساحت زمین مدرسه متناسب با تعداد دانش آموزان می باشد؟
۳۰						آیا نقشه ساختمان مدرسه دارای تاییدیه های لازم می باشد؟
۳۱						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۳						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۳۴						آیا وضعیت و شرایط توالت ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۵						آیا وضعیت و شرایط دستشویی ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۶						آیا وضعیت و شرایط آبخوری ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۷						آیا کف، دیوار و سقف آبدارخانه سالم، تمیز و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۸						در صورت وجود نماز خانه آیا کاملا تمیز بوده عاری از بوی نامطبوع می باشد؟
۳۹						آیا سقف، دیوار و کف کلاس (متناسب با نوع کاربرد) سالم ، تمیز و قابل نظافت بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۰						آیا فضای مورد استفاده کلاس متناسب با تعداد دانش آموزان می باشد؟
۴۱						در صورت وجود آزمایشگاه و گارگاه آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۲						در صورت وجود سالن ورزشی آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۳						در صورت وجود سالن اجتماعات و اتاق بهداشت آیا دیوار، کف و سقف آن سالم و تمیز می باشد؟
۴۴						آیا اتاق استراحت معلمان دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۵						در صورت وجود سالن غذا خوری آیا کف، دیوار و سقف سالن غذاخوری 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:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدارس						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
د: بهداشت ساختمان						
نوبت و تاریخ بازرسی	ردیف	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم
						وضعیت: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +
						موارد مشمول بازرسی
	۴۶					آیا ممنوعیت احداث بالکن وتراس مرتبط با کلاس رعایت شده است؟
	۴۷					در صورت وجود و عرضه شیر مدرسه آیا جایگاه نگهداری شیر دارای ویژگی های لازم می باشد؟
	۴۸					آیا درها و پنجره ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟
	۴۹					آیا پوشش کف حیاط مدرسه از جنس آسفالت، بتن و یا سایر مصالح مشابه بوده و مانع از ایجاد لغزندگی یا ایجاد گرد غبار می باشد؟
	۵۰					آیا فضاهای ارتباطی نظیر پله و رمپ ها و امثال آن دارای ویژگی های لازم می باشد؟
	۵۱					آیا محل استقرار کلاس ها دارای ویژگی های لازم می باشد؟
	۵۲					آیا دما و رطوبت در فضاهای آموزشی مطابق ضوابط می باشد؟
	۵۳					آیا روشنایی در فضاهای آموزشی مطابق ضوابط می باشد؟
	۵۴					آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
	۵۵					در صورت وجود هرگونه حوض، آب نما و امثال آن دارای شرایط بهداشتی بوده و اصول ایمنی رعایت شده است؟
ی: ایمنی						
	۵۶					* در صورت وجود جایگاه نگهداری سوخت آیا جایگاه نگهداری سوخت خارج از ساختمان کلاس های مدرسه است؟
	۵۷					* آیا سیستم اطفای حریق مطابق ضوابط در مدرسه نصب شده است؟
	۵۸					آیا اجرای برنامه مدیریت سیستم سلامت در مدرسه دارای ویژگی های لازم می باشد؟
	۵۹					آیا اصول ایمنی در آزمایشگاه و کارگاه، و فضا های ورزشی و بازی مطابق ضوابط رعایت می گردد؟
	۶۰					آیا تابلوهای هشدار دهنده ایمنی، مسیرهای فرار و راه های خروج اضطراری، تابلو های برق و امثال آن در مدرسه وجود دارد؟
	۶۱					آیا ثبت حوادث در دفتر مربوطه ثبت می گردد؟
	۶۲					آیا تمهیدات لازم به منظور پیشگیری از سروصدا و ارتعاشات در کلاس های مدرسه انجام شده است؟
	۶۳					آیا ممنوعیت نصب سیستم تولید اشعه نظیر دستگاه های ارتباطات الکترونیکی، ایستگاه های تقلیل فشار گاز و پست فشار قوی برق در مدرسه و محیط اطراف آن رعایت شده است؟
	۶۴					آیا کفپوش ایمنی در زیر تابلوهای برق و آب سردکن ها نصب شده 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:

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

مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از مدارس

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



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 بوفه (عرضه مواد غذایی)

کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

مشخصات مدرسه	مشخصات مدیر مدرسه
* نام مدرسه	* نام:
* پسرانه <input type="checkbox"/> دخترانه <input type="checkbox"/> مختلط <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
* دوره تحصیلی: دوره اول ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره دوم ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره اول متوسطه <input type="checkbox"/> دوره دوم متوسطه <input type="checkbox"/>	* نام خانوادگی:
* تعداد کل دانش آموزان:	<input type="text"/>
* تعداد طبقات مدرسه:	* کد ملی:
* نوع مدرسه: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> استثنایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> هنرستان فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> مجتمع آموزشی <input type="checkbox"/>	* نام پدر:
* نوع ساختمان مدرسه: نوساز <input type="checkbox"/> قدیمی <input type="checkbox"/> مقاوم سازی در برابر زلزله <input type="checkbox"/> چادر <input type="checkbox"/> کپر <input type="checkbox"/> تخت و گل <input type="checkbox"/> کانتینر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	* کد پستی مدرسه:
* نوع مالکیت مدرسه: دولتی <input type="checkbox"/> استیجاری (دولتی) <input type="checkbox"/> غیر دولتی <input type="checkbox"/> خیر ساز <input type="checkbox"/>	* تلفن همراه مدیر مدرسه:
* 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"/>
* 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"/>	
* تلفن ثابت مدرسه:	
* آدرس مدرسه:	
* 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"/>	
* 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"/>	

(الف): بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
* آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۱
آیا کارکنان شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۲
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						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 مواد غذایی غیر مجاز نظیر سوسیس، کالباس و امثال آن رعایت می گردد؟						۸
* آیا جایجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟						۹



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 بوفه (عرضه مواد غذایی)						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
(ب): بهداشت مواد غذایی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	
موارد مشمول بازرسی						ردیف
						بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
۱۰						* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟
۱۱						آیا شرایط نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۲						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۱۳						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را بر اساس دستورعمل انجام داده و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۱۴						* در صورت وجود یخچال، فریزر یا سردخانه آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم و تمیز هستند؟
۱۵						* در صورت وجود ظروف و ابزار در ارتباط مستقیم با مواد غذایی آماده مصرف آیا تمهیدات لازم برای شستشوی ظروف و ابزار مذکور در نظر گرفته شده است؟
۱۶						آیا تمهیدات لازم برای شستشوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۱۷						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۱۸						در صورت وجود دستگاه مرتبط با مواد غذایی آیا سالم و تمیز می باشد؟
۱۹						آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۲۰						آیا میز، صندلی و نیمکت ها سالم و تمیز می باشد؟
۲۱						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۲۲						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۲۳						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۴						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۵						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۶						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۲۷						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۲۸						آیا کف، دیوار و سقف محل سالم، تمیز 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:

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (عرضه مواد غذایی)						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
(ب) بهداشت ساختمان						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	
ردیف	///					<input checked="" type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +
موارد مشمول بازرسی						
۲۹						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۰						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۳۱						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲						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: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸ **چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی) مدارس**

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



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 بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی) مدارس کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

<p>مشخصات مدرسه</p> <p>* نام مدرسه: <input type="text"/></p> <p>* کد واحد: <input type="checkbox"/></p> <p>مدرسه مروج سلامت</p> <p>* تعداد شیفت: <input type="checkbox"/></p> <p>* دوره تحصیلی: دوره اول ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره دوم ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره اول متوسطه <input type="checkbox"/> دوره دوم متوسطه <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد کل دانش آموزان: <input type="text"/> * تعداد دانش آموزان عشایر: <input type="text"/></p> <p>* تعداد طبقات مدرسه: <input type="text"/> * تعداد کل کلاس های درس: <input type="text"/></p> <p>* نوع مدرسه: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> استثنایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> هنرستان فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> مجتمع آموزشی <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع ساختمان مدرسه: نوساز <input type="checkbox"/> قدیمی <input type="checkbox"/> مقاوم سازی در برابر زلزله <input type="checkbox"/> چادر <input type="checkbox"/> کپر <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> کانتینر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>* نوع مالکیت مدرسه: دولتی <input type="checkbox"/> استیجاری (دولتی) <input type="checkbox"/> غیر دولتی <input type="checkbox"/> خیر ساز <input type="checkbox"/></p> <p>* 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"/></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 <input type="checkbox"/></p> <p>* تلفن ثابت مدرسه: <input type="text"/></p> <p>* آدرس مدرسه: <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 مدیر مدرسه</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> <p>* مدرسه: <input type="text"/></p> <p>* تلفن همراه مدیر مدرسه: <input type="text"/></p> <p>* آدرس: <input type="text"/></p>
--	---

الف: بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
<p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل^۲ <input type="checkbox"/> +</p>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
* 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 کاملا پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟						۱
* آیا کارکنان دست اندر کار مواد غذایی شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۲
* آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						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 استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۷
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۸



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: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی) مدارس

(الف): بهداشت فردی

نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/>	ردیف
		///	///	///	///		
	///					موارد مشمول بازرسی	
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؟	
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؟	

(ب): بهداشت مواد غذایی

۱۴						آیا ممنوعیت عرضه مواد غذایی غیر مجاز نظیر سوسیس و کالباسو امثال آن رعایت می گردد؟	
۱۵						* آیا سبزیجات و صیفی جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟	
۱۶						* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟	
۱۷						* آیا دمای پخت مواد غذایی در حین طبخ رعایت می گردد؟	
۱۸						* آیا دما در یخچال، فریزر یا سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟	
۱۹						* آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟	
۲۰						* در صورت وجود و استفاده از یخ، آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟	
۲۱						* در صورت وجود و استفاده از تخم مرغ، آیا تخم مرغ مصرفی، در شرایط مناسب نگهداری می گردد؟	
۲۲						* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟	
۲۳						* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟	
۲۴						آیا جداسازی مواد غذایی خام و پخته، شسته و نشسته، گوشت قرمز و سفید در یخچال و فریزر رعایت می گردد؟	
۲۵						آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟	
۲۶						آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	



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 بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی) مدارس						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
ب: بهداشت مواد غذایی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		ردیف	///	///	///	
موارد مشمول بازرسی						
۲۷						آیا یخ زدایی مواد غذایی منجمد به درستی انجام می گردد؟
۲۸						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را بر اساس دستورعمل انجام داده و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۳۰						آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟
۳۱						آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۲						آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
ج: بهداشت ابزار و تجهیزات						
۳۳						* آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟
۳۴						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۳۵						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۳۶						آیا تمهیدات لازم برای شستشوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۳۷						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟
۳۸						آیا جعبه های مقوایی، پاکت های کاغذی و ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۹						آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی سالم و تمیز می باشد؟
۴۰						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۴۱						آیا جنس و مشخصات ظروفی که برای تهیه، طبخ و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۲						آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟
۴۳						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۴۴						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم 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 بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی) مدارس						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
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 <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> +
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
۴۵						آیا ویتربین ها، کابینت ها و قفسه ها سالم، تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۴۶						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۴۷						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۴۸						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۹						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۰						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۱						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۵۲						در صورت وجود سرویس بهداشتی پرسنل آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۳						آیا پوشش دیوار محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۵۴						آیا پوشش کف محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۵۵						آیا پوشش سقف محل طبخ به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟
۵۶						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۷						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۵۸						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۵۹						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۶۰						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۶۱						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: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از بوفه (تهیه و عرضه مواد غذایی) مدارس

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



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 آشپزخانه و سلف سرویس مدارس

کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

مشخصات مدرسه	مشخصات مدیر مدرسه
* نام مدرسه	* نام: <input type="text"/>
* پسرانه <input type="checkbox"/> دخترانه <input type="checkbox"/> مختلط <input type="checkbox"/>	* نام خانوادگی: <input type="text"/>
* دوره تحصیلی: دوره اول ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره دوم ابتدایی <input type="checkbox"/> دوره اول متوسطه <input type="checkbox"/> دوره دوم متوسطه <input type="checkbox"/>	* کد ملی: <input type="text"/>
* تعداد کل دانش آموزان: * تعداد دانش آموزان در شیفت غالب: * تعداد دانش آموزان عشایر: * تعداد طبقات مدرسه: * تعداد کل کلاس های درس:	* نام پدر: <input type="text"/>
* نوع مدرسه: روزانه <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input type="checkbox"/> استثنایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> هنرستان فنی و حرفه ای <input type="checkbox"/> مجتمع آموزشی <input type="checkbox"/>	* کد پستی: <input type="text"/>
* نوع ساختمان مدرسه: نوساز <input type="checkbox"/> قدیمی <input type="checkbox"/> مقاوم سازی در برابر زلزله <input type="checkbox"/> چادر <input type="checkbox"/> کپر <input type="checkbox"/> خشت و گل <input type="checkbox"/> کانتینر <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	مدرسه:
* نوع مالکیت مدرسه: دولتی <input type="checkbox"/> استیجاری (دولتی) <input type="checkbox"/> غیر دولتی <input type="checkbox"/> خیر ساز <input type="checkbox"/>	* تلفن همراه مدیر مدرسه:
* 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"/>	* تلفن ثابت مدرسه:
* 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"/>	* آدرس مدرسه:
* آدرس مدرسه:	
* 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"/>	
* 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"/>	

الف: بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
						ردیف
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
موارد مشمول بازرسی						
* 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 کاملا پوشانده و از دستکش یکبار مصرف استفاده می نمایند؟						۱
* آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی شستشوی دست ها را با آب و صابون به درستی و مطابق دستورعمل انجام می دهند؟						۲
آیا کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۳
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؟						۴
آیا ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محل تهیه، آماده سازی و حمل مواد غذایی رعایت می گردد؟						۵
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۶
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۷
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۸



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: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						چک لیست بازرسی بهداشتی از آشپزخانه و سلف سرویس مدارس						
الف): بهداشت فردی												
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:	بلی <input checked="" type="checkbox"/>	خیر <input checked="" type="checkbox"/>	مصادق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/>	اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/>	ردیف	
		///	///	///	///							///
موارد مشمول بازرسی												
											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؟	
											آیا لباس کار سایر کارکنان تمیز، بدون لک و پارگی می باشد؟	۱۰
											آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟	۱۱
											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 سبزیجات و صیفی جات مصرفی قبل از استفاده مطابق دستورعمل، سالم سازی می گردد؟	۱۵
											* آیا جابجایی و حمل و نقل مواد غذایی به درستی انجام می گردد؟	۱۶
											* آیا دمای پخت مواد غذایی در حین طبخ رعایت می گردد؟	۱۷
											* آیا دما در یخچال، فریزر و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟	۱۸
											* آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟	۱۹
											* آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟	۲۰
											* در صورت وجود و استفاده از تخم مرغ آیا تخم مرغ مصرفی، در شرایط مناسب نگهداری می گردد؟	۲۱
											* آیا تفکیک محل نگهداری مواد غذایی و مواد شوینده و شیمیایی رعایت می گردد؟	۲۲
											* آیا ممنوعیت استفاده از رنگ، اسانس، طعم دهنده و شیرین کننده های شیمیایی غیر مجاز رعایت می گردد؟	۲۳
											آیا جداسازی مواد غذایی خام و پخته، شسته و نشسته، گوشت قرمز و سفید در یخچال و فریزر رعایت می گردد؟	۲۴
											آیا ممنوعیت استفاده از مواد تزئینی غیر مجاز در تماس مستقیم با مواد غذایی رعایت می گردد؟	۲۵
											آیا مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟	۲۶
											آیا یخ زدایی مواد غذایی منجمد به درستی انجام می گردد؟	۲۷



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 آشپزخانه و سلف سرویس مدارس						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
(ب): بهداشت مواد غذایی						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت: بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +
		///	///	///	///	
موارد مشمول بازرسی						
۲۸						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را مطابق دستورالعمل انجام میدهد و نتایج در محل نگهداری می گردد؟
۲۹						آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۰						آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟
۳۱						آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟
۳۲						آیا تاریخ ورود مواد غذایی به یخچال، فریزر یا سردخانه و انبار بر روی آن ها درج شده و مصرف آنها بر اساس ترتیب تاریخ انقضاء است؟
۳۳						در صورت وجود میز سلف سرویس، آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
۳۴						* آیا یخچال، فریزر یا سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟
۳۵						* آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟
۳۶						آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟
۳۷						آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟
۳۸						آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟
۳۹						آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۰						آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی و سیخ های کباب سالم و تمیز می باشد؟
۴۱						آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟
۴۲						آیا جنس و مشخصات سیخ کباب یا ظروفی که برای تهیه، طبخ و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی استفاده می شود دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۳						آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده 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 آشپزخانه، سالن غذا خوری و سلف سرویس مدارس						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
	///					
۴۴						آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟
۴۵						آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۶						در صورت وجود خمیرگیر آیا از جنس زنگ نزن و بدون رنگ بوده و شیر آب گرم و سرد بالای آن نصب شده است؟
۴۷						آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟
۴۸						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۴۹						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟
(د): بهداشت ساختمان						
۵۰						* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۱						آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۲						آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۳						آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۵۴						آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۵						در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟
۵۶						آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۵۷						آیا پوشش دیوار محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟
۵۸						آیا پوشش کف محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟
۵۹						آیا پوشش سقف محل طبخ به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟
۶۰						آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۶۱						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؟
۶۲						آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟
۶۳						آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۶۴						آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۶۵						آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم 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 آشپزخانه و سلف سرویس مدارس						
کد فرم: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸						
بهداشت ساختمان (د)						
نوبت و تاریخ بازرسی	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	اول	دوم	سوم	چهارم	وضعیت:
		///	///	///	///	
ردیف	موارد مشمول بازرسی					
	///					
۶۶						آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۶۷						در صورت قراردادن واحد آماده سازی مواد غذایی خام در آشپزخانه، آیا جداسازی مواد غذایی خام از مواد غذایی فرآوری شده انجام شده است؟

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: ۱۴۰/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از آشپزخانه و سلف سرویس

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