



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز بهداشتی درمانی:

معاونت امور بهداشتی

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

عنوان چک لیست: بازرسی بهداشتی آرایشگاه و سالن های زیبایی زنانه

کد فرم:

مشخصات محل تصدی /مدیریت		مشخصات متصدی /مدیر	
*نوع فعالیت صنفی:	*شماره پرونده:	*نام:	
*شماره تلفن همراه:	*طول جغرافیائی:	*نام خانوادگی:	
*کد پستی ۱۰ رقمی:		*کد ملی:	
*آدرس:			
*تعداد کارگر:			
*عرض جغرافیایی:			
*متراژ (متر مربع):			

بهداشت فردی

تاریخ ردیف	بازدید اول / /	بازدید دوم / /	بازدید سوم / /	وضعیت کنترلی		موارد مشمول بازرسی
				بحرانی	غیربحرانی	
۱				*		آیا ممنوعیت کار در کارکنان مبتلا به بیماری های واگیر و تنفسی تا زمان بهبودی رعایت می گردد؟
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 ابزار مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟
۵						آیا کارکنان اطلاعات کافی در مورد روش شستشوی دست با آب و صابون را دارند؟
۶				*		آیا کارکنان هنگام کار از روپوش تمیز بدون لک و پارگی، و وسایل حفاظت فردی متناسب با نوع فعالیت استفاده می نمایند؟
۷				*		آیا کارکنان دارای وسایل نظافت، شستشو و استحمام اختصاصی (در صورت وجود حمام) می باشند؟
۸				*		آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟
۹				*		آیا روش شستشوی دست به صورت مصور در محل نصب شده است؟
۱۰				*		آیا کارکنان برای انجام فعالیت هایی نظیر تاتو(میکروپیگمنتیشن) و امثال آن دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟
۱۱				*		آیا همه ی کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟
۱۲				*		تعداد کارکنان مشمول فاقد کارت بهداشت معتبر: <input type="text"/>
۱۳				*		آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟
۱۴				*		تعداد کارکنان مشمول فاقد گواهی نامه معتبر دوره آموزشی بهداشت اصناف: <input type="text"/>



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی:

بهداشت ابزار و تجهیزات						
تاریخ	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید سوم	وضعیت کنترلی		موارد مشمول بازرسی
				بحرانی	غیربحرانی	
ردیف	/ /	/ /	/ /			بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۵				*		آیا شستشو و گندزدایی ابزار و وسایلی که یک بار مصرف نیستند انجام می گردد؟
۱۶				*		آیا برای دفع پسماندهای اجسام تیز و برنده از جعبه ایمن (safety box) استفاده می گردد؟
۱۷				*		آیا وسایل و رنگ مورد استفاده در تاتو (میکروپیگمنتیشن) دارای مجوز از وزارت می باشند؟
۱۹				*		آیا کلیه سوزن ها و کارتریج های مورد استفاده در روش تاتو (میکروپیگمنتیشن) یک بار مصرف هستند؟
۲۰				*		آیا مواد قابل استفاده مانند رنگ، مواد آرایشی و بهداشتی دارای پروانه ساخت یا مجوز ورود از وزارت می باشند؟
۲۱				*		آیا مواد قابل استفاده مانند رنگ، مواد آرایشی و بهداشتی دارای تاریخ اعتبار می باشد
۲۲				*		آیا قفسه، ویتترین و کشوهای مورد استفاده قابل نظافت و سالم بوده و ظروف با پوشش مناسب نگهداری شده و همیشه تمیز می باشند؟
۲۳				*		آیا صندلی ها و نیمکت ها سالم و تمیز هستند؟
۲۴				*		آیا سینک برای شست و شوی دست و ابزار و تجهیزات مجهز به صابون مایع و دستمال کاغذی وجود دارد؟
۲۵				*		در صورت وجود سینک شستشوی سر برای مشتریان آیا سینک تمیز و مجهز به آب گرم و سرد است؟
۲۶				*		آیا در صورت نیاز برای مشتریان از حوله اختصاصی استفاده می گردد؟
۲۷				*		آیا مواد گندزدا و ضدعفونی کننده مورد استفاده دارای پروانه ساخت یا مجوز ورود از وزارت می باشند؟
۲۸				*		آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟
۲۹				*		آیا مالک، مدیر یا متصدی خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟
۳۰				*		آیا نمونه برداری بر اساس دستورالعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام شده است؟



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی:

تاریخ	بازدید اول	بازدید دوم	بازدید سوم	وضعیت کنترلی	آیا نتایج نمونه برداری بر اساس دستورالعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی در محل موجود است؟
ردیف	/ /	/ /	/ /	بحرانی	غیربحرانی
۳۱				*	آیا نتایج نمونه برداری بر اساس دستورالعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی در محل موجود است؟
بهداشت ساختمان					
					موارد مشمول بازرسی
					بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳۲				*	آیا شبکه داخلی آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۳				*	آیا نقشه های ساخت یا بازسازی های عمده در واحد به منظور انطباق با موازین بهداشتی به تایید وزارت رسیده است؟
۳۴				*	آیا سرپوش جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۵				*	آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۶				*	آیا تمهیدات لازم برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟
۳۷				*	آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی (در صورت وجود) دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۳۸				*	آیا اتاق استراحت، (در صورت وجود) از فضای کار مجزا و دارای شرایط بهداشتی می باشد؟
۳۹				*	آیا در صورت وجود حمام وضعیت و شرایط حمام دارای ویژگی های لازم می باشد؟
۴۰				*	آیا میزان صدا در محل مطابق ضوابط می باشد؟
۴۱				*	آیا کف سالن قابل نظافت می باشد؟
۴۲				*	آیا پوشش دیوار محل روشویی و سرشویی از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم، بدون درز و شکستگی می باشد؟
۴۳				*	آیا پوشش دیوار اتاق تاتو (میکروپیگمنتیشن) و اپیلایون از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم، بدون درز و شکستگی می باشد؟
۴۴				*	آیا پوشش دیوار سالن قابل نظافت می باشد؟
۴۵				*	آیا سقف سالن سالم و تمیز می باشد؟
۴۶				*	آیا درها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسه‌گی است؟
۴۷				*	آیا پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسه‌گی است؟
۴۸				*	آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟
۴۹				*	آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟
۵۰				*	آیا وضعیت مطابق ضوابط می باشد؟

تاریخ بازرسی	تعداد موارد بحرانی	تعداد موارد غیر بحرانی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز بهداشتی درمانی:

معاونت امور بهداشتی

مرکز/ شبکه بهداشت و درمان:

سوم	دوم	اول	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