



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

# چک لیست بازرسی بهداشتی

از رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس

کد فرم: ۱۰۱/۹۲۰۳۱۸



## 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: ۱۰۱/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس

|   |  |
|---|--|
| <p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نوع فعالیت صنفی: <input type="checkbox"/> کد واحد:</p> <p>* تعداد کارکنان: 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 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>* آدرس:</p> <p>* تلفن همراه:</p> <p>* تلفن ثابت:</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:</p> <p>* نام خانوادگی:</p> <p>* کد ملی:</p> <p>* نام پدر:</p> <p>* کدپستی: .....</p> |
|---|--|

### الف: بهداشت فردی

| وضعیت:  | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | نوبت و تاریخ<br>بازرسی |
|---|-------|-----|-----|-----|---|------------------------|
|   |       |     |     |     |   | ردیف                   |
| <p>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"/> +</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 کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟   |       |     |     |     |   | ۳                      |
| آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟  |       |     |     |     |   | 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                      |
| 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؟  |       |     |     |     |   | ۹                      |
| 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                     |





## 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 رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس |                          |   |   |                                     |   |
|--|--------------------------|---|---|-------------------------------------|---|
| کد فرم: ۱۰۱/۹۲۰۳۱۸   |                          |   |   |                                     |   |
| الف: بهداشت فردی   |                          |   |   |                                     |   |
| نوبت و تاریخ بازرسی  | درج نتیجه بازرسی فرم قبل | اول                                     | دوم                                     | سوم                                 | چهارم   |
|  |                          | وضعیت:                                  | وضعیت:                                  | وضعیت:                              | وضعیت:  |
|  |                          | بلی <input checked="" type="checkbox"/> | خیر <input checked="" type="checkbox"/> | مصدق ندارد <input type="checkbox"/> | اصلاح در محل <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 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 و سردخانه رعایت و کنترل می گردد؟  |
| ۱۹   |                          |   |   |                                     | * آیا در نگهداری مواد غذایی زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت می گردد؟                         |
| ۲۰   |                          |   |   |                                     | * آیا یخ مصرفی دارای ویژگی های لازم می باشد؟  |
| ۲۱   |                          |   |   |                                     | * 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؟   |
| 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 انجام می دهد؟                          |
| ۲۹   |                          |   |   |                                     | آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟ |
| ۳۰   |                          |   |   |                                     | آیا مواد غذایی مورد استفاده 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:

کد فرم: ۱۰۱/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس

#### (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 <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> + |      |
|                     | / /                            | / / | / / | / / | / /   |   |      |
| موارد مشمول بازرسی  |                                |     |     |     |       |   |      |
| ۳۱                  |                                |     |     |     |       | آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟   |      |
| ۳۲                  |                                |     |     |     |       | آیا محلول های ضدعفونی کننده و گندزدا ی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشند؟  |      |
| ۳۳                  |                                |     |     |     |       | 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؟                     |      |
| ۳۴                  |                                |     |     |     |       | در صورت وجود میز سلف سرویس، آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |      |

#### (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

|    |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| ۳۵ |  |  |  |  |  | * آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟  |  |
| ۳۶ |  |  |  |  |  | * آیا سینک ظرفشویی مجهز به آب سرد و گرم است؟   |  |
| ۳۷ |  |  |  |  |  | آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟                                     |  |
| ۳۸ |  |  |  |  |  | آیا سینک مجزا و تمهیدات لازم برای شست و شوی دست کارکنان در نظر گرفته شده است؟  |  |
| ۳۹ |  |  |  |  |  | آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟   |  |
| ۴۰ |  |  |  |  |  | آیا جعبه های مقوایی و پاکت های کاغذی و کلیه ظروف بسته بندی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟                          |  |
| ۴۱ |  |  |  |  |  | آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی و سیخ های کباب سالم و تمیز می باشد؟                                      |  |
| ۴۲ |  |  |  |  |  | آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟   |  |
| ۴۳ |  |  |  |  |  | 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؟ |  |
| ۴۴ |  |  |  |  |  | آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلاینده های هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟                               |  |
| ۴۵ |  |  |  |  |  | آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟  |  |
| ۴۶ |  |  |  |  |  | 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:

کد فرم: ۱۰۱/۹۲۰۳۱۸

### چک لیست بازرسی بهداشتی از رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، جلوکبابی و سلف سرویس

#### (ج): بهداشت ابزار و تجهیزات

| نوبت و تاریخ بازرسی | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:  | ردیف |
|---------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|---|------|
|                     |                                |     |     |     |       | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصداق ندارد <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - |      |
|                     | / /                            | / / | / / | / / | / /   | موارد مشمول بازرسی  |      |
| ۴۷                  |                                |     |     |     |       | در صورت وجود خمیرگیر آیا از جنس زنگ نزن و بدون رنگ بوده و شیر آب گرم و سرد بالای آن نصب شده است؟  |      |
| ۴۸                  |                                |     |     |     |       | آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟  |      |
| ۴۹                  |                                |     |     |     |       | آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟  |      |
| ۵۰                  |                                |     |     |     |       | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟  |      |
| ۵۱                  |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت بهداشتی واحد صنفی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟  |      |
| ۵۲                  |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت بهداشتی واحد صنفی که در معرض دید مشتریان نصب شده است با نتیجه آخرین بازرسی از وضعیت بهداشتی واحد صنفی مطابقت دارد؟                                      |      |
| ۵۳                  |                                |     |     |     |       | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟   |      |

#### (د): بهداشت ساختمان

|    |  |  |  |  |  |   |  |
|----|--|--|--|--|--|---|--|
| ۵۴ |  |  |  |  |  | * آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                       |  |
| ۵۵ |  |  |  |  |  | آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟                           |  |
| ۵۶ |  |  |  |  |  | آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                   |  |
| ۵۷ |  |  |  |  |  | آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟                        |  |
| ۵۸ |  |  |  |  |  | آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟                 |  |
| ۵۹ |  |  |  |  |  | آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی مراجعین دارای ویژگی های لازم می باشد؟               |  |
| ۶۰ |  |  |  |  |  | در صورت وجود اتاق استراحت، آیا از فضای تولید، فرآوری و نگهداری، مجزا و بهداشتی می باشد؟ |  |
| ۶۱ |  |  |  |  |  | آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟             |  |
| ۶۲ |  |  |  |  |  | آیا پوشش دیوار محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل نظافت می باشد؟            |  |
| ۶۳ |  |  |  |  |  | آیا پوشش کف محل طبخ از جنس سنگ، سرامیک یا کاشی سالم و قابل شستشو می باشد؟               |  |
| ۶۴ |  |  |  |  |  | آیا پوشش سقف محل طبخ به رنگ روشن، سالم و تمیز می باشد؟                                  |  |
| ۶۵ |  |  |  |  |  | آیا کف، دیوار و سقف سالن پذیرایی سالم و قابل نظافت می باشد؟                             |  |
| ۶۶ |  |  |  |  |  | آیا کف، دیوار و سقف انبار یا محل نگهداری مواد غذایی 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 رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس |   |     |     |     |  |
|--|---|-----|-----|-----|--|
| کد فرم: ۱۰۱/۹۲۰۳۱۸   |   |     |     |     |  |
| بهداشت ساختمان (د)   |   |     |     |     |  |
| نوبت و تاریخ بازرسی  | درج نتیجه بازرسی فرم قبل  | اول | دوم | سوم | چهارم  |
|  |   | /// | /// | /// | ///  |
| ردیف   | وضعیت:  |     |     |     |  |
|  | <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"/> + |     |     |     |  |
| موارد مشمول بازرسی   |   |     |     |     |  |
| ۶۷   |   |     |     |     | 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؟ |
| ۶۸   |   |     |     |     | آیا درها و پنجره ها از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و پوسیدگی است؟  |
| ۶۹   |   |     |     |     | آیا دما و رطوبت محل مطابق ضوابط می باشد؟   |
| ۷۰   |   |     |     |     | آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟  |
| ۷۱   |   |     |     |     | آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۷۲   |   |     |     |     | آیا قفسه بندی و پالت گذاری دارای ویژگی های لازم می باشد؟   |
| ۷۳   |   |     |     |     | در صورت قراردادن واحد آماده سازی مواد غذایی خام در آشپزخانه، آیا جداسازی مواد غذایی خام از مواد غذایی فرآوری شده انجام شده است؟          |
| ۷۴   |   |     |     |     | در صورت وجود هرگونه حوض، آب نما و امثال آن، آیا دارای شرایط بهداشتی 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 رستوران، رستوران سنتی، سفره خانه، چلوکبابی و سلف سرویس کد فرم: ۱۰۱/۹۲۰۳۱۸

| 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          |