**نام و نام خانوادگی: --------------------**

**نوع عرضه: --------------------- تاریخ شروع فعالیت: ---------------**

**آدرس محل کسب: ----------------------------------------------------------------------------**

**تلفن:------------------------ شهرداری منطقه -----**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نکات بهداشتی که باید رعایت گردد** | **نوبت اول** | **نوبت دوم** | **نوبت سوم** |
| **تاریخ**  **/ /** | **تاریخ**  **/ /** | **تاریخ**  **/ /** |
| 1 | آیا گواهی معتبر گذراندن دوره ویژه بهداشت عمومی برای شاغلین وجود دارد؟ |  |  |  |
| 2 | آیا کلیه شاغلین کارت معاینه پزشکی معتبر را دارا می باشند؟ |  |  |  |
| 3 | آیا کارت واکسن علیه بیماری کزاز برای شاغلین موجود می باشد؟ |  |  |  |
| 4 | آیا بهداشت فردی شاغلین مناسب است؟ (کوتاهی مو، ناخن ، نظافت) |  |  |  |
| 5 | آیا تابلوی ممنوعت استعمال دخانیات نصب شده است؟ |  |  |  |
| 6 | آیا جعبه کمک های اولیه با ملزومات کافی وجود دارد؟ |  |  |  |
| 7 | آیا شاغلین از لباس کار مناسب استفاده میکنند؟ (ترجیحاً روپوش و کلاه به رنگ روشن) |  |  |  |
| 8 | آیا کف کانکس مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد؟ |  |  |  |
| 9 | آیا دیوارها فاقد منفذ وقابل شست وشو بوده و امکان ورود حشرات و حیوانات موذی وجود ندارد؟ |  |  |  |
| 10 | آیا درها و پنجره ها مطابق با استانداردهای بهداشتی بوده و پنجره ها مجهز به توری دانه ریز می باشد؟ |  |  |  |
| 11 | آیا آب مصرفی قابل شرب مطابق با استانداردهای بهداشتی وجود دارد؟ |  |  |  |
| 12 | آیا فاضلاب تولید شده به روش بهداشتی جمع آوری و دفع می شود؟ |  |  |  |
| 13 | آیا مسیرهای فاضلاب از پوشش لازم برخوردار هستند؟ |  |  |  |
| 14 | آیا تهویه و روشنایی مطابق با استاندارد می باشد؟ |  |  |  |
| 15 | آیا سطل زباله مجهز به پلاستیک زباله و به تعداد مناسب وجود دارد؟ |  |  |  |
| 16 | آیا جمع آوری زباله بصورت بهداشتی انجام می شود؟ |  |  |  |
| 17 | آیا مبارزه با جوندگان و حشرات به طور صحیح و اصولی انجام می شود؟ |  |  |  |
| 18 | آیا وسایل مستعمل و اضافی و غیر قابل مصرف از محیط خارج می شوند؟ |  |  |  |
| 19 | آیا کابل کشی برق و تجهیزات آن دارای شرایط ایمن می باشد؟ |  |  |  |
| 20 | آیا وسایل و ظروفی که استفاده میشوند سالم و بدون لب پریدگی هستند که باعث آسیب و صدمه نشود؟ |  |  |  |
| 21 | آیا نظافت و شست وشوی روزانه انجام می شود؟ |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نکات بهداشتی که باید رعایت گردد** | **نوبت اول** | **نوبت دوم** | **نوبت سوم** |
| **تاریخ**  **/ /** | **تاریخ**  **/ /** | **تاریخ**  **/ /** |
| 22 | آیا در صورت دارا بودن یخچال، دماسنج آن سالم بوده و یخچال دارای شرایط استاندارد و بهداشتی می باشد؟ |  |  |  |
| 23 | آیا در یخچال تفکیک نگهداری مواد پخته و خام رعایت می شود؟ |  |  |  |
| 24 | آیا در حین کار از دستکش استفاده می شود؟ |  |  |  |
| 25 | آیا محوطه بیرون برای جلوگیری از ایجاد گرد وخاک تا شعاع 4 متر سیمان یا آسفالت شده است؟ |  |  |  |
| 26 | آیا تاریخ تولید و انقضاء روی مواد غذایی بسته بندی درج شده است؟ |  |  |  |
| 27 | آیا محصولاتی که عرضه می شوند دارای پروانه بهداشتی و نشان استاندارد می باشند؟ |  |  |  |
| 28 | آیا روشویی مجهز به صابون مایع برای شست و شوی دستها وجود دارد؟ |  |  |  |
| 29 | آیا تخته کار سالم و تمیز می باشد؟ (ویژه عرضه مواد پروتئینی) |  |  |  |
| **نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت** | |  |  |  |
| **امضاء** | |  |  |  |