

# چک لیست بازرسی بهداشتی از

## مهد کودک شهری

کد فرم: ۱۵۰/۹۲۰۳۱۸



## وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

مرکز بهداشتی درمانی شهری:

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

کد فرم:

چک لیست بازرسی بهداشتی از مهد کودک شهری

| مشخصات محل تصدی / مدیریت                                                                                                                                                                           |  | مشخصات مالک / مدیر / متصدی |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| * نوع فعالیت صنفی:                                                                                                                                                                                 |  | * نام:                     |  |
| * کد واحد:                                                                                                                                                                                         |  | * نام خانوادگی:            |  |
| * تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/>                                                 |  | * کد ملی:                  |  |
| * تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/>                               |  | * نام پدر:                 |  |
| * تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="text"/> بازرسی دوم <input type="text"/> بازرسی سوم <input type="text"/> بازرسی چهارم <input type="text"/>                         |  | * کد پستی:                 |  |
| * تلفن همراه:                                                                                                                                                                                      |  |                            |  |
| * تلفن ثابت:                                                                                                                                                                                       |  |                            |  |
| * آدرس:                                                                                                                                                                                            |  |                            |  |
| * 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<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | نوبت و تاریخ<br>بازرسی |
| 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                   |
| * 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 کاملاً 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 کارکنان مشمول، دارای گواهینامه آموزشگاه اصناف 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                      |
| 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                     |



## 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:

| چک لیست بازرسی بهداشتی از مهد کودک شهری |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                  | کد فرم: |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| نوبت و تاریخ<br>بازرسی                  | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                                                                                                                                                                                           | ردیف    |
|                                         |                                         |     |     |     |       | <input checked="" type="checkbox"/> بلی<br><input type="checkbox"/> خیر<br><input type="checkbox"/> مصداق ندارد <sup>۱</sup><br><input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup><br><input type="checkbox"/> + |         |
|                                         |                                         |     |     |     |       | موارد مشمول بازرسی                                                                                                                                                                                               |         |
| (ب): بهداشت مواد غذایی                  |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                  |         |
| ۱۱                                      |                                         |     |     |     |       | آیا کارکنان دست اندرکار مواد غذایی هنگام کار از کلاه استفاده می نمایند؟                                                                                                                                          |         |
| 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 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                                      |                                         |     |     |     |       | * 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 مواد غذایی بسته بندی شده دارای ویژگی های لازم می باشند؟                                                                                                                                                      |         |
| ۲۵                                      |                                         |     |     |     |       | آیا یخ زدایی مواد غذایی منجمد به درستی انجام می گردد؟                                                                                                                                                            |         |
| ۲۶                                      |                                         |     |     |     |       | آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟                                                                                                                                   |         |
| ۲۷                                      |                                         |     |     |     |       | آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟                                                                                                          |         |
| ۲۸                                      |                                         |     |     |     |       | آیا مواد غذایی مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                        |         |
| ۲۹                                      |                                         |     |     |     |       | آیا انواع ادویه جات و مواد غذایی خورنده نظیر سرکه و آبلیمو در ظروف مناسب نگهداری می گردد؟                                                                                                                        |         |
| ۳۰                                      |                                         |     |     |     |       | آیا محلول های ضد عفونی کننده و گندزدای مورد استفاده 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:

| چک لیست بازرسی بهداشتی از مهد کودک شهری |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             | کد فرم: |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 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"/> <input type="checkbox"/> مصادق ندارد <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |         |
| موارد مشمول بازرسی                      |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |         |
| <b>(ب) بهداشت مواد غذایی</b>            |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |         |
| ۳۱                                      |                                |     |     |     |       | 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؟                                                                                               |         |
| <b>(ج) بهداشت ابزار و تجهیزات</b>       |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                                             |         |
| ۳۲                                      |                                |     |     |     |       | * آیا یخچال، فریزر و سردخانه مورد استفاده سالم هستند؟                                                                                                                                                                       |         |
| ۳۳                                      |                                |     |     |     |       | آیا سینک ظرفشویی، دارای ویژگی های لازم بوده و فاضلاب آن به داخل مجرای خروجی هدایت می گردد؟                                                                                                                                  |         |
| ۳۴                                      |                                |     |     |     |       | آیا شستشوی ظروف به روش صحیح انجام می گردد؟                                                                                                                                                                                  |         |
| ۳۵                                      |                                |     |     |     |       | آیا ظروف طبخ، آماده سازی و سرو مواد خوردنی و آشامیدنی و سیخ های کباب سالم و تمیز می باشد؟                                                                                                                                   |         |
| ۳۶                                      |                                |     |     |     |       | آیا دستگاه های مورد استفاده سالم و تمیز می باشد؟                                                                                                                                                                            |         |
| ۳۷                                      |                                |     |     |     |       | 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؟                                                                                              |         |
| ۳۸                                      |                                |     |     |     |       | آیا تمهیدات لازم به منظور جلوگیری از آلودگی هوا توسط دستگاه های مورد استفاده انجام شده است؟                                                                                                                                 |         |
| ۳۹                                      |                                |     |     |     |       | آیا میزهای کار، رویه ضد زنگ و سالم دارند؟                                                                                                                                                                                   |         |
| ۴۰                                      |                                |     |     |     |       | آیا تخته های کار دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                                              |         |
| ۴۱                                      |                                |     |     |     |       | آیا وسایل بازی موجود در مهد کودک سالم ، تمیز، ایمن و دارای نشان استاندارد می باشد؟                                                                                                                                          |         |
| ۴۲                                      |                                |     |     |     |       | آیا ویرین ها، کابینت ها و قفسه ها تمیز و بدون زنگ زدگی می باشند؟                                                                                                                                                            |         |
| ۴۳                                      |                                |     |     |     |       | آیا میز، صندلی، نیمکت، رومیزی و پرده ها سالم و تمیز می باشد؟                                                                                                                                                                |         |
| ۴۴                                      |                                |     |     |     |       | آیا کلیه وسایل گرمایشی و سرمایشی دارای ویژگی لازم می باشد؟                                                                                                                                                                  |         |
| ۴۵                                      |                                |     |     |     |       | آیا لحاف، پتو، تشک ، بالش و ملحفه مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                |         |
| ۴۶                                      |                                |     |     |     |       | آیا تختواب و گهواره های 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:

| چک لیست بازرسی بهداشتی از مهد کودک شهری |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                      | کدفرم: |
|-----------------------------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 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 <sup>۱</sup> <input type="checkbox"/> اصلاح در محل <sup>۲</sup> <input type="checkbox"/> + |        |
|                                         | / /                            | / / | / / | / / | / /   | موارد مشمول بازرسی                                                                                                                                                                                   |        |
| <b>(ج): بهداشت ابزار و تجهیزات</b>      |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                      |        |
| ۴۷                                      |                                |     |     |     |       | آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟                                                                                                                                             |        |
| ۴۸                                      |                                |     |     |     |       | آیا وسایل اطفاء حریق در محل های مناسب نصب و دارای ویژگی های لازم می باشند؟                                                                                                                           |        |
| ۴۹                                      |                                |     |     |     |       | آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟                                                                                                                                    |        |
| ۵۰                                      |                                |     |     |     |       | آیا سیستم کشتی ها و نصب وسایل الکتریکی و کلیه کلیدها و پریزها در محوطه با رعایت کامل مقررات ایمنی انجام شده است؟                                                                                     |        |
| <b>(د): بهداشت ساختمان</b>              |                                |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                                      |        |
| ۵۱                                      |                                |     |     |     |       | <b>* آیا سیستم آبرسانی دارای ویژگی های لازم می باشد؟</b>                                                                                                                                             |        |
| ۵۲                                      |                                |     |     |     |       | آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                        |        |
| ۵۳                                      |                                |     |     |     |       | آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                                                |        |
| ۵۴                                      |                                |     |     |     |       | آیا تمهیدات انجام شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟                                                                                                                                     |        |
| ۵۵                                      |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                              |        |
| ۵۶                                      |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی کودکان دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                             |        |
| ۵۷                                      |                                |     |     |     |       | آیا وضعیت و شرایط حمام های مورد استفاده پرسنل دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                          |        |
| ۵۸                                      |                                |     |     |     |       | آیا پوشش دیوار، کف و سقف آشپزخانه و آبدارخانه دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                          |        |
| ۵۹                                      |                                |     |     |     |       | آیا کف، دیوار و سقف سالن غذاخوری سالم و قابل نظافت می باشد؟                                                                                                                                          |        |
| ۶۰                                      |                                |     |     |     |       | در صورت وجود 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 دارای ویژگیهای لازم می باشد ؟                                                                                                                                                    |        |
| 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؟                                                                                                                                           |        |
| ۶۶                                      |                                |     |     |     |       | آیا میزان صدا در اتاق ها ی مهدکودک مطابق با ضوابط و مورد تایید می باشد ؟                                                                                                                             |        |
| ۶۷                                      |                                |     |     |     |       | آیا اتاق استراحت پرسنل مهد شبانه روزی مورد تایید 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:

| چک لیست بازرسی بهداشتی از مهد کودک شهری |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                           | کدفرم: |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| نوبت و تاریخ<br>بازرسی                  | درج نتیجه<br>آخرین<br>بازرسی<br>فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت:                                                                                                                                                                                    | 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"/> + |        |
| موارد مشمول بازرسی                      |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                           | / /    |
| (د): بهداشت ساختمان                     |                                         |     |     |     |       |                                                                                                                                                                                           |        |
| ۶۸                                      |                                         |     |     |     |       | آیا حداکثر ظرفیت کلاس های آموزشی رعایت شده است؟                                                                                                                                           |        |
| ۶۹                                      |                                         |     |     |     |       | آیا پوشش سقف متناسب با محل، سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟                                                                                                                              |        |
| ۷۰                                      |                                         |     |     |     |       | آیا پوشش کف متناسب با محل سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟                                                                                                                                |        |
| ۷۱                                      |                                         |     |     |     |       | آیا پوشش سطح دیوار اطاقها و راهروها متناسب با محل، سالم، تمیز و قابل نظافت می باشد؟                                                                                                       |        |
| ۷۲                                      |                                         |     |     |     |       | آیا گوشه ها و زوایای برآمده دیوارها و سایر عناصر دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                            |        |
| ۷۳                                      |                                         |     |     |     |       | در صورت وجود فضا و لوازم بازی، پوشش سطوح اطراف لوازم بازی و زیر لوازم بازی از مواد جاذب ضربه و متناسب با اقلیم آب و هوایی می باشد؟                                                        |        |
| ۷۴                                      |                                         |     |     |     |       | در صورت وجود آیا محل تعویض کودکان شیرخوار دارای شرایط بهداشتی و مجهز به دوش و انشعاب آب سرد و گرم و میز مخصوص تعویض پوشاک کودکان می باشد؟                                                 |        |
| ۷۵                                      |                                         |     |     |     |       | در صورت وجود آیا اتاق مادر و کودک آیا دارای ویژگی های لازم می باشد؟                                                                                                                       |        |
| ۷۶                                      |                                         |     |     |     |       | آیا پله های موجود در مهد کودک 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.

- در صورت وجود استخرشنا در مهدکودک چک لیست بازرسی از استخرشنا به صورت مجزا تکمیل گردد.



## 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:

### چک لیست بازرسی بهداشتی از مهد کودک شهری کد فرم:

| نوبت بازرسی                                                         |            | مشخصات تأیید کنندگان |                     |  | اول              | دوم | سوم                  | چهارم |
|---------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|---------------------|--|------------------|-----|----------------------|-------|
| نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط                         |            |                      |                     |  |                  |     |                      |       |
| نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان |            |                      |                     |  |                  |     |                      |       |
| تاریخ بازرسی                                                        | نوع بازرسی |                      |                     |  | تعداد نقص بحرانی |     | تعداد نقص غیر بحرانی |       |
|                                                                     | دوره ای    | رسیدگی به شکایات     | صدور صلاحیت بهداشتی |  |                  |     |                      |       |
|                                                                     |            |                      |                     |  |                  |     |                      |       |
|                                                                     |            |                      |                     |  |                  |     |                      |       |
|                                                                     |            |                      |                     |  |                  |     |                      |       |
|                                                                     |            |                      |                     |  |                  |     |                      |       |
|                                                                     |            |                      |                     |  |                  |     |                      |       |