|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORM CODE: F-44-11-16  REV:00 | | **سیستم مدیریت یکپارچه**  **چک لیست بازدید بهداشتی از**  **مراکز بهداشتی ، درمانی و بیمارستان ها** |  | | | |
| محل: مسئول: | | | | | | |
|  | موارد کنترلی | | تاریخ | تاریخ | تاریخ | تاریخ |
|  |  |  |  |
| 1 | آیا سیستم فاضلاب فعال و مطلوب می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 2 | آیا مسیر های فاضلا ب از پوشش لازم برخوردار هستند؟ | |  |  |  |  |
| 3 | آیا سیستم فاضلاب بدون ایجاد نشت ویا بوی نامطبوع در محیط می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 4 | آیا سیستم لوله کشی آب سالم وجود دارد؟ | |  |  |  |  |
| 5 | آیا آب مصرفی قابل شرب مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 6 | آیا تعداد سرویس های بهداشتی مطابق با اصول بهداشت می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 7 | آیا نظافت و گندزدایی دستشویی و توالت به طور مستمر انجام می شود؟ | |  |  |  |  |
| 8 | آیا صابون مایع و خشک کن مناسب در محل وجود دارد؟ | |  |  |  |  |
| 9 | آیا دستشویی سالم و مطابق با اصول بهداشتی می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 10 | آیا زباله دان سالم و مطابق با اصول بهداشتی می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 11 | آیا سرویس های بهداشتی مردان و زنان از هم جدا می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 12 | آیا اقدامات ایمنی لازم در محیط کار صورت پذیرفته است؟ | |  |  |  |  |
| 13 | آیا سیستم سرمایش وگرمایش مناسب وجود دارد؟ | |  |  |  |  |
| 14 | آیا تهویه و روشنایی مطابق با استاندارد می باشند؟ | |  |  |  |  |
| 15 | آیا آمبولا نس و برانکارد پس از استفاده بلا فاصله شستشو می شوند؟ | |  |  |  |  |
| 16 | آیا محل نگهداری موقت زباله گنجایش مناسب را دارد؟ | |  |  |  |  |
| 17 | آیا شستشو وگندزدایی محل نگهداری موقت زباله به طور مستمر انجام می شود؟ | |  |  |  |  |
| 18 | آیا جدا سازی زباله جهت بازیافت انجام می گیرد؟ | |  |  |  |  |
| 19 | آیا زباله عفونی در کیسه زرد و زباله عمومی در کیسه مشکی جمع آوری می شود؟ | |  |  |  |  |
| 20 | آیا زباله دان بهداشتی موجود می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 21 | آیا وسایل حفاظت فردی در اختیار کارگران قرار دارد؟ | |  |  |  |  |
| 22 | آیا کارگران پس از جمع آوری و حمل زباله استحمام می نمایند؟ | |  |  |  |  |
| 23 | آیا وسایل حفاظت فردی مخصوص در اختیار کارگران بخش عفونی قرار دارد؟ | |  |  |  |  |
| 24 | آیا گندزدایی وسایل ، ابزار و دستگاه های بیمار به طور مرتب انجام می شود؟ | |  |  |  |  |
| 25 | آیا کف ساختمان مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 26 | آیا پوشش دیوار مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 27 | آیا سقف ساختمان مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 28 | آیا درها و پنجره ها مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد؟ | |  |  |  |  |
| 29 | آیا جداسازی زباله عفونی و عادی انجام می شود؟ | |  |  |  |  |
| 30 | آیا حمل زباله های عفونی با وسیله نقلیه مخصوص بیمارستان انتقال می یابند؟ | |  |  |  |  |
| 31 | آیا اکوستیک بودن دیوار و سقف ساختمان مورد تایید می باشند؟ | |  |  |  |  |
| 32 | آیا مبارزه با حشرات و جوندگان به طور صحیح و اصولی انجام می شود؟ | |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی بازرس: | | | امضا | امضا | امضا | امضا |