|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FORM CODE: F-44-11-19REV:00 | **سیستم مدیریت یکپارچه****چک لیست بازدید بهداشتی از** **تنظیفات در مراکز بهداشتی ، درمانی و بیمارستان ها** |  |
| محل: مسئول: |
|  | موارد کنترلی | تاریخ | تاریخ | تاریخ | تاریخ |
|  |  |  |  |
| 1 | آیا بهداشت و نظافت عمومی اماکن و ساختمان رعایت شده است؟ |  |  |  |  |
| 2 | آیا گواهی معتبر گذاراندن دوره آموزشی بهداشت برای شاغلین وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 3 | آیا پرونده بهداشتی برای شاغلین تکمیل شده است؟ |  |  |  |  |
| 4 | آیا کارت واکسن علیه بیماری کزاز برای شاغلین موجود می باشد؟ |  |  |  |  |
| 5 | آیا جعبه کمک های اولیه با ملزومات کافی در آشپزخانه وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 6 | آیا ناظرین با ارائه کمک های اولیه آشنا می باشند؟ |  |  |  |  |
| 7 | آیا قانون ممنوعیت ورود به غذاخوری با البسه آلوده رعایت می شود؟ |  |  |  |  |
| 8 | آیا بهداشت فردی شاغلین مناسب است؟ |  |  |  |  |
| 9 | آیا لباس شاغلین برای کار مناسب است؟ |  |  |  |  |
| 10 | آیا شاغلین از کفش مناسب در ضمن کار استفاده می کنند؟ |  |  |  |  |
| 11 | آیا وسایل نظافت و استحمام و غذاخوری مناسب است؟ |  |  |  |  |
| 12 | آیا رختکن مناسب در محل کار موجود می باشد؟ |  |  |  |  |
| 13 | آیا تابلوممنوعیت استعمال دخانیات در محیط نصب شده است؟  |  |  |  |  |
| 14 | آیا به کارگران آموزش استفاده از وسایل داده شده است؟ |  |  |  |  |
| 15 | آیا کف زمین با مواد دتر جنت شستشو می شود؟ |  |  |  |  |
| 16 | آیا نظافت سرویس های بهداشتی به صورت مناسب انجام می گیرد؟ |  |  |  |  |
| 17 | آیا شستشوی روزانه دستشویی و توالت با برس نایلونی و جداگانه انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| 18 | آیا ممنوعیت استفاده از ماپ و تی جهت نظافت توالت رعایت می شود؟ |  |  |  |  |
| 19 | آیا جمع آوری و حمل زباله به صورت مناسب انجام می گیرد؟ |  |  |  |  |
| 20 | آیا نظا فت کرکره و پرده ها به صورت مناسب انجام می گیرد؟ |  |  |  |  |
| 21 | آیا پاک نمودن خون و ترشحات از زمین انجام می گیرد؟ |  |  |  |  |
| 22 | آیا نظافت وسایل بیمار انجام می گیرد؟ |  |  |  |  |
| 23 | آیا شستشو و گندزدایی لگن بیمار انجام می گیرد؟  |  |  |  |  |
| 24 | آیانظافت وگندزدایی صحیح اماکن درزمان آلودگی با خون انجام می گیرد؟ |  |  |  |  |
| 25 | آیا محل نگهداری موقت زباله برای انواع زباله بیمارستانی مناسب است؟ |  |  |  |  |
| 26 | آیا حمل زباله های عفونی با وسیله نقلیه مخصوص بیمارستان با آرم مخصوص انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| 27 | آیاجدا نمودن زباله عفونی از زباله های عادی انجام می شود؟ |  |  |  |  |
| 28 | آیا سطل زباله در پوش دار و قا بل شستشو وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 29 | آیا وسایل حفاظت فردی در زمان جمع آوری و حمل زباله در اختیار شاغلین قرار می گیرد؟ |  |  |  |  |
| 30 | آیا کارگران پس از جمع آوری زباله استحمام می کنند؟ |  |  |  |  |
| 31 | آیا تعداد سطل زباله متناسب با حجم انبار موقت زباله می باشند؟ |  |  |  |  |
| 32 | آیا شرایط ماشین های حمل زباله مطلوب می باشد؟ |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی بازرس: | امضا  | امضا  | امضا  | امضا  |