



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

معاونت امور بهداشتی

شبکه بهداشت و درمان / مرکز بهداشت شهرستان:

چک لیست بازرسی بهداشتی از شرکت های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موزی در اماکن عمومی و خانگی

| | | |
|---|---|--|
| <p>مشخصات محل تصدی / مدیریت</p> <p>* نام شرکت: _____</p> <p>* نوع فعالیت صنفی: _____</p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول بازرسی دوم بازرسی سوم بازرسی چهارم</p> <p>* تلفن همراه: _____</p> <p>* تلفن ثابت: _____</p> <p>* آدرس دفتر شرکت: _____</p> <p>* کدپستی دفتر شرکت: _____</p> <p>* آدرس انبار شرکت: _____</p> <p>* شماره پروانه فعالیت شرکت: _____</p> <p>* تاریخ صدور پروانه فعالیت: _____</p> <p>* تاریخ انقضا پروانه فعالیت: _____</p> | <p>مشخصات مسئول فنی شرکت</p> <p>* نام: _____</p> <p>* نام خانوادگی: _____</p> <p>* کد ملی: _____</p> <p>* نام پدر: _____</p> <p>مدرک و رشته تحصیلی: _____</p> <p>سابقه فعالیت: _____</p> | <p>مشخصات مدیر عامل</p> <p>* نام: _____</p> <p>* نام خانوادگی: _____</p> <p>* کد ملی: _____</p> <p>* نام پدر: _____</p> <p>مدرک و رشته تحصیلی: _____</p> <p>سابقه فعالیت: _____</p> |
|---|---|--|

(الف): چک لیست نظارتی انبار و دفتر شرکت

| وضعیت: | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | نوبت و تاریخ بازرسی |
|---|-------|-----|-----|-----|---|------------------------|
| | | | | | | ردیف |
| وضعیت: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مصادق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ | / / | / / | / / | / / | / / | |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | |
| شرکت دارای دفتر با شرایط مناسب است. | | | | | | ۱ |
| شرکت دارای حمام با شرایط بهداشتی است | | | | | | ۲ |
| شرکت دارای توالت با شرایط بهداشتی است | | | | | | ۳ |
| حداقل مساحت انبار ۶ متر مربع می باشد. | | | | | | ۴ |
| تمهیدات لازم برای اطفاء حریق صورت گرفته است | | | | | | ۵ |
| آب مصرفی شرکت مورد تایید مقامات بهداشتی است. | | | | | | ۶ |
| نحوه دفع فاضلاب در انبار و دفتر شرکت بصورت بهداشتی صورت می گیرد. | | | | | | ۷ |
| محل انبار فاقد هرگونه مزاحمت برای ساختمانها و ساکنان مجاور است. | | | | | | ۸ |
| سقف انبار مقاوم و بدون درز و شکاف است. | | | | | | ۹ |
| کف انبار قابل شستشو و دارای شیب مناسب به طرف کف شور است | | | | | | ۱۰ |
| دیوار انبار صاف بدون درز و شکاف و قابل شستشو است | | | | | | ۱۱ |
| انبار دارای قفسه بندی مناسب و کمد لباس برای کارگران است. | | | | | | ۱۲ |
| انبار دارای درب و قفل مناسب است. | | | | | | ۱۳ |
| انبار دارای نور مناسب است. | | | | | | ۱۴ |
| انبار دارای رطوبت سنج و دماسنج می باشد. | | | | | | ۱۵ |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|----|
| علائم هشدار دهنده مناسب بر روی درب انبار نصب شده است. | | | | | | ۱۶ |
| پنجره های انبار برای حفاظ مناسب است. | | | | | | ۱۷ |
| انبار دارای تهویه الکتریکی مناسب است که تهویه آن به فضای آزاد موجب آزار همسایگان نمی گردد. | | | | | | ۱۸ |
| سیستم برق رسانی انبار ایمن است. | | | | | | ۱۹ |
| ارتفاع سقف انبار به گونه ای است که موارد ایمنی و تهویه به خوبی رعایت گردد. (حداقل ارتفاع ۲/۸ متر) | | | | | | ۲۰ |
| آیا مدیریت مناسبی بر نحوه دفع پسماند (شهری و شیمیایی) صورت می گیرد. | | | | | | ۲۱ |

چک لیست بازرسی بهداشتی از شرکت ها خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی

(ب): تجهیزات و وسایل شرکت

| وضعیت: | چهارم | سوم | دوم | اول | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | نوبت و تاریخ بازرسی |
|--|-------|-----|-----|-----|---|------------------------|
| | | | | | | ردیف |
| اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> + | | | | | | |
| مصدّق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> - | | | | | | |
| خیر <input type="checkbox"/> × | | | | | | |
| بلی <input type="checkbox"/> ✓ | | | | | | |
| موارد مشمول بازرسی | | | | | | |
| آیا کلاه لبه دار ضد آب حداقل به تعداد دو عدد وجود دارد. | | | | | | ۲۲ |
| آیا دستکش لاتکس ساق بلند حداقل به تعداد دو جفت وجود دارد. | | | | | | ۲۳ |
| آیا لباس کار یکسره حداقل به تعداد دودست وجود دارد. | | | | | | ۲۴ |
| آیا چکمه ساق بلند آب حداقل به تعداد دو جفت وجود دارد. | | | | | | ۲۵ |
| آیا عینک حداقل به تعداد دو عدد وجود دارد. | | | | | | ۲۶ |
| آیا ماسک معمولی پارچه ای حداقل به تعداد دو عدد وجود دارد. | | | | | | ۲۷ |
| آیا ماسک فیلتردار حداقل به تعداد دو عدد وجود دارد. | | | | | | ۲۸ |
| آیا پمپ سمپاش دستی حداقل به تعداد دودستگاه وجود دارد. | | | | | | ۲۹ |
| آیا ظروف محلول سازی حداقل به تعداد دو سری وجود دارد. | | | | | | ۳۰ |
| آیا چراغ قوه معمولی بزرگ حداقل به تعداد دو عدد وجود دارد. | | | | | | ۳۱ |
| آیا تله زنده گیر جوندگان و تله های چسبی حداقل به تعداد دو عدد وجود دارد. | | | | | | ۳۲ |
| آیا کیف تجهیزات و کیت کمک های اولیه حداقل به تعداد دو عدد وجود دارد. | | | | | | ۳۳ |

چک لیست بازرسی بهداشتی از شرکت های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی

(ج): چک لیست نظارتی شرکت بر اساس ضوابط ابلاغی

| نوبت و تاریخ بازرسی | درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل | اول | دوم | سوم | چهارم | وضعیت: | | ردیف |
|---------------------|--------------------------------|-----|-----|-----|-------|---|---------------------------|--------------------|
| | | | | | | مصدق ندارد ^۱ | اصلاح در محل ^۲ | |
| | | | | | | بلی | خیر | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | موارد مشمول بازرسی |
| ۳۴ | | | | | | مسئول فنی شرکت به طور مستمر بر امورات سمپاشی نظارت دارد | | |
| ۳۵ | | | | | | دستورالعملهای صادره از وزارت بهداشت و درمان موجود است | | |
| ۳۶ | | | | | | مجوز فعالیت شرکت در محل نصب میباشد | | |
| ۳۷ | | | | | | شرکت جهت کارگران و پرسنل فعال پرونده ای تشکیل داده است | | |
| ۳۸ | | | | | | آیا قرارداد رسمی جهت به خدمت گرفتن مسئول فنی و سایر پرسنل وجود دارد | | |
| ۳۹ | | | | | | آیا قبل از ارائه خدمات نسبت به عقد قرار داد با متقاضیان دریافت خدمت اقدام و یک نسخه از قرار داد مذکور در دفتر شرکت نگهداری می شود. (ماده ۱۴) | | |
| ۴۰ | | | | | | آیا پرونده معاینات دوره ای کارگران وجود دارد. (ماده ۱۳) | | |
| ۴۱ | | | | | | آیا از فروش سموم به اشخاص خودداری می گردد. (ماده ۱۸) | | |
| ۴۲ | | | | | | کارگران آموزشهای لازم در خصوص نحوه استفاده از سموم را دیده اند. (ماده ۱۰) | | |
| ۴۳ | | | | | | پرونده مشخصات سموم مورد استفاده موجود است | | |
| ۴۴ | | | | | | مدارک مربوط به دوره بازآموزی مسئول فنی موجود میباشد. (ماده ۲۰) | | |
| ۴۵ | | | | | | آیا قراردادهای انجام خدمت در محدوده جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه بوده است. (ماده ۸) | | |
| ۴۶ | | | | | | آیا مستنداتی در خصوص مبارزه از طریق بهسازی محیط و استفاده از روش های تلفیقی جهت اجرای خدمات موجود می باشد. (ماده ۹) | | |
| ۴۷ | | | | | | آیا مدارک و مستنداتی مبنی بر اطلاع رسانی خطرات و اقدامات احتیاطی به گیرندگان خدمات به صورت کتبی قبل از انجام عملیات مبارزه با ناقلین وجود دارد. (تبصره ۲ ماده ۱۱) | | |
| ۴۸ | | | | | | آیا شرکت گزارشات فعالیتهای خود را در پایان هر فصل در قالب فرم مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به معاونت بهداشتی مربوطه ارسال می نماید. (ماده ۱۷) | | |
| ۴۹ | | | | | | آیا مسئول فنی شرکت با قوانین و مقررات و ضوابط ابلاغی آشنا می باشد (با سوال و جواب و مصاحبه) | | |
| ۵۰ | | | | | | آیا مسئول فنی شرکت با روش های مختلف مبارزه با حشرات و جانوران موذی آشنا می باشد (با سوال و جواب و مصاحبه) | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|----|
| آیا مدیر عامل شرکت به شرح وظایف خود بر اساس ضوابط ابلاغی آشنا می باشد (با سوال و جواب و مصاحبه) | | | | | ۵۱ |
| آیا تمام سموم داری تاریخ تولید و انقضای مناسب میباشند | | | | | ۵۲ |
| لیست کلیه سموم و مواد گندزدایی موجود در انبار همراه با تاریخ انقضای آنها در محل الصاق شده است | | | | | ۵۳ |
| سموم در ظروف اصلی خود نگهداری میشود | | | | | ۵۴ |

| چهارم | سوم | دوم | اول | نوبت بازرسی |
|-------|-----|-----|-----|---|
| | | | | مشخصات تأیید کنندگان |
| | | | | نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط |

| توضیحات | نوع بازرسی | | | تاریخ بازرسی |
|---------|---------------------|------------------|---------|--------------|
| | صدور پروانه بهداشتی | رسیدگی به شکایات | دوره ای | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |