

چک لیست بازرسی بهداشتی از استخرهای شنا

و مراکز تفریحی آبی



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 / روستایی:

چک لیست بازرسی بهداشتی از استخر های شنا و مراکز تفریحی آبی

کد فرم: ۱۴۳/۹۲۰۳۱۸

<p style="text-align: center;"><u>مشخصات محل تصدی / مدیریت</u></p> <p>* نام واحد: _____</p> <p>* کد واحد: _____</p> <p>* تعداد کارکنان: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد کارکنان مشمول کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تعداد کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت: بازرسی اول <input type="checkbox"/> بازرسی دوم <input type="checkbox"/> بازرسی سوم <input type="checkbox"/> بازرسی چهارم <input type="checkbox"/></p> <p>* تلفن همراه: _____</p> <p>* تلفن ثابت: _____</p> <p>* آدرس: _____</p> <p>* 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"/></p> <p>* 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"/></p>	<p style="text-align: center;"><u>مشخصات مالک / مدیر / متصدی</u></p> <p>* نام: _____</p> <p>* نام خانوادگی: _____</p> <p>* کد ملی: _____</p> <p>* نام پدر: _____</p> <p>* کد پستی:</p>
---	--

(الف) بهداشت فردی

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی
موارد مشمول بازرسی	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
آیا همه ی کارکنان مشمول، دارای گواهی نامه معتبر پایان دوره ی آموزشی از آموزشگاه بهداشت اصناف می باشند؟						۱
آیا همه ی کارکنان مشمول دارای کارت بهداشت معتبر می باشند؟						۲
آیا ضوابط بهداشت فردی مطابق دستورعمل رعایت می گردد؟						۳
آیا کارکنان دارای محل مشخص برای نگهداری وسایل شخصی می باشند؟						۴
آیا تمهیدات بهداشتی لازم برای ورود کودکان به استخر در نظر گرفته می شود؟						۵
آیا شناگران قبل از شنا از حوضچه کلر استفاده می نمایند؟						۶
آیا ممنوعیت فروش و عرضه محصولات دخانی رعایت می گردد؟						۷
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات توسط پرسنل رعایت می گردد؟						۸
آیا ممنوعیت استعمال دخانیات با روش مناسب اطلاع رسانی عمومی می گردد؟						۹



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 / روستایی:

کد فرم: ۱۴۳/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از استخر های شنا و مراکز تفریحی آبی

(ب): بهداشت ابزار و تجهیزات

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"/> مصداق ندارد ^۱ <input type="checkbox"/> اصلاح در محل ^۲ <input type="checkbox"/> +	
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	موارد مشمول بازرسی	
۱۰						* آیا میزان کلر باقیمانده آب استخر در حد استاندارد می باشد؟	
۱۱						* آیا میزان pH آب استخر شنا در حد استاندارد می باشد؟	
۱۲						* آیا کدورت آب استخر شنا در حد استاندارد می باشد؟	
۱۳						* آیا درجه حرارت آب استخر شنا در حد استاندارد می باشد؟	
۱۴						* در صورت وجود و عرضه حوله به شناگران آیا ضوابط بهداشتی حوله مطابق دستورعمل رعایت می گردد؟	
۱۵						آیا کنترل کیفیت آب استخر مطابق دستورعمل انجام و مستندات در محل نگهداری می گردد؟	
۱۶						آیا استخرهای آبگرم دارای سیستم کنترل دما می باشند؟	
۱۷						آیا برای تجهیزات تصفیه و بهره برداری از آنها در شرایط عادی و اضطراری دستورعمل وجود داشته و اجرا می شود؟	
۱۸						آیا تابلوها و علائم هشدار و ایمنی در استخرهای شنا نصب گردیده است؟	
۱۹						آیا نردبان و پلکان های استخر مطابق با شرایط مطلوب می باشد؟	
۲۰						آیا دستگاه ها و لوازم ورزشی و تفریحی به صورت روزانه تمیز و گندزدایی می شوند؟	
۲۱						آیا تلفن رسیدگی به شکایت بهداشتی در معرض دید مشتریان نصب شده است؟	
۲۲						آیا جعبه کمک های اولیه با تجهیزات لازم در محل وجود دارد؟	
۲۳						آیا مالک، مدیر یا متصدی فرآیند خودکنترلی و خود اظهاری بهداشتی را انجام می دهد؟	
۲۴						آیا نمونه برداری بر اساس دستورعمل خود کنترلی و خود اظهاری بهداشتی انجام و نتایج در محل نگهداری می گردد؟	
(ج): بهداشت ساختمان							
۲۵						* آیا کیفیت آب آشامیدنی مطابق با استانداردهای ملی می باشد؟	
۲۶						آیا تعداد شناگران متناسب با ظرفیت طراحی شده استخر می باشد؟	
۲۷						آیا پوشش سطوح کاسه استخر، سالم، تمیز و 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 / روستایی:

کد فرم: ۱۴۳/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از استخر های شنا و مراکز تفریحی آبی

(ج): بهداشت ساختمان

وضعیت:	چهارم	سوم	دوم	اول	درج نتیجه آخرین بازرسی فرم قبل	نوبت و تاریخ بازرسی	ردیف
موارد مشمول بازرسی							
آیا پوشش لبه های استخر سالم، تمیز، بدون شکاف و غیر لغزنده می باشد؟	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /		۲۸
آیا کف پوش های ساختمان استخر سالم، تمیز و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۲۹
آیا پوشش دیوار سالن های استخر شنا سالم، تمیز و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۰
آیا پوشش سقف سالن استخر شنا سالم، تمیز و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۱
آیا نشانه گذاری عمق آب برای استخر شنا انجام شده است؟							۳۲
آیا حوضچه کلر استخر شنا دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۳
آیا رختکن های مورد استفاده شناگران متناسب با ظرفیت استخر بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۴
آیا وضعیت و شرایط سرویس های بهداشتی دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۵
آیا وضعیت و شرایط دوش های شناگران مورد استفاده دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۶
آیا سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۷
آیا سیستم مدیریت پسماند دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۸
در صورت وجود رختشویخانه آیا وضعیت بهداشتی رختشویخانه دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۳۹
آیا تمهیدات در نظر گرفته شده برای کنترل حشرات و جوندگان مورد تایید است؟							۴۰
آیا وضعیت تهویه مطلوب بوده و دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۴۱
آیا دمای محل مطابق ضوابط می باشد؟							۴۲
آیا روشنایی محیط مطابق ضوابط می باشد؟							۴۳
در صورت وجود سونا آیا اتاقک سونا دارای ویژگی های لازم می باشد؟							۴۴



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 / روستایی:

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.



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 / روستایی:

کد فرم: ۱۴۳/۹۲۰۳۱۸

چک لیست بازرسی بهداشتی از استخرهای شنا و مراکز تفریحی آبی

تعداد نقص غیر بحرانی	تعداد نقص بحرانی	نوع بازرسی			تاریخ بازرسی
		صدور صلاحیت بهداشتی	رسیدگی به شکایات	دوره ای	

چهارم	سوم	دوم	اول	نوبت بازرسی
				مشخصات تأیید کنندگان
				نام، نام خانوادگی و امضاء بازرس بهداشت محیط
				نام، نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
				نام، نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز بهداشت استان / شهرستان