IMS
کد فرم :05FME038
ویرایش :۰۴
تاریخ بازنگری :۹۷/۰۲/۱۰

شرکت آب و فاضلاب استان مرکزی
دفتر بهداشت ، ایمنی و محیط زیست

● چک لیست کنترل و بازرسی از سرویس‌های بهداشتی(توالت و دستشویی) ●

نام شهر : **تعداد سرویس های بهداشتی در داخل ساختمان :**
نام کارگاه یا محل مورد بازدید: **محل سرویس بهداشتی در داخل ساختمان :**
دوره سه ماهه : **تعداد توالت :**
تعداد پرسنل محل مورد بازدید : **تعداد دستشویی :**

ردیف	شرح	ماه.....								ماه.....								ماه.....							
		هفته اول		هفته دوم		هفته سوم		هفته چهارم		هفته اول		هفته دوم		هفته سوم		هفته چهارم		هفته اول		هفته دوم		هفته سوم		هفته چهار	
		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید		تاریخ بازدید	
		✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓	✗
۱	آیا وضعیت سنگ یا سرامیک کف مناسب است؟																								
۲	آیا وضعیت سنگ یا کاشی دیوارها و سقف مناسب است؟																								
۳	آیا پنجره های توالت مجهز به توری می باشند ؟																								
۴	آیا درب‌ها سالم و تمیز می‌باشند؟																								
۵	آیا شیرآلات سالم و تمیز و دارای آب سرد و گرم هستند؟																								
۶	آیا سیفون‌ها سالم هستند؟																								
۷	آیا سیستم تهویه مناسب است؟																								
۸	آیا خروجی فاضلاب باز است؟																								
۹	آیا نور کافی وجود دارد؟																								
۱۰	آیا وضعیت نظافت عمومی مناسب است؟																								
۱۱	آیا مواد شوینده،سفید کننده وضدعفونی کننده به مقدارکافی ودرمحل مناسب موجودمی باشد ؟																								
۱۲	آیا سطل زباله درب دار قابل شستشو به همراه کیسه زباله موجود است؟																								
۱۳	آیا متصدی نظافت در حین نظافت مجهز به لباس کار ، چکمه لاستیکی ، دستکش لاستیکی ، ماسک پارچه ای و فیلتر دار (در مواقع سمپاشی یا حساسیت تنفسی) می باشد ؟																								
۱۴	آیا مایع دستشویی به مقدار کافی در ظروف مخصوص خود وجود دارد ؟																								
۱۵	آیا لوازم و ابزار مخصوص نظافت نظیر تی ، جارو ، برس و پارچه تنظیف درمحل مناسب موجود می باشد ؟																								
۱۶	آیا شیشه پنجره ها به صورت هفتگی نظافت می گردد ؟																								

- چک لیست فوق به صورت هفتگی توسط واحد خدمات در ۲نسخه تکمیل ویک نسخه از آن به دفتر HSE ارسال می‌شود.

نام و امضاء مسئول خدمات عمومی :

نام و امضاء رابط دفتر HSE **:**