**فرم شماره 4- (الف)**

**گزارش ماهیانه سنجش نمک های خوراکی مصرفی اماکن عمومی و مراکز عرضه مواد غذایی به وسيله كيت يد سنج**

**مرکز خدمات جامع سلامت: تاریخ تکمیل فرم:ماه ...............سال..........**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مراکز و اماکن** | **تعدادمراكز موجود** | **تعداد مراكز بازديد شده** | **تعداد مواردی که یدسنجی روی نمک انجام شده** | **تعداد مواردی که نمک**  **تصفیه شده ید دار** | |
| **بوده** | **نبوده** |
| **بیمارستان** |  |  |  |  |  |
| **رستوران و اماکن بین راهی** |  |  |  |  |  |
| **اغذیه فروشی( ساندویچ ، پیتزا ،قهوه خانه، کبابی و ....)** |  |  |  |  |  |
| **غذا خوري ، سلف سرويس**  **و بوفه هاي سرباز خانه ها، زندان ها، مراكزنظامي وانتظامي** |  |  |  |  |  |
| **غذا خوري ، سلف سرويس**  **وبوفه کارگاه یا کارخانه** |  |  |  |  |  |
| **مهد کودک ، روستا مهد، مراکز توانبخشی و آسایشگاه سالمندان** |  |  |  |  |  |
| **بوفه های مدارس ،مراکز آموزشی، مدارس شبانه روزی و دانشگاهها** |  |  |  |  |  |
| **سلف سرویس ادارات ، سازمانها و دانشگاهها** |  |  |  |  |  |
| **مراکز طبخ و توزیع غذا** |  |  |  |  |  |
| **سایر** |  |  |  |  |  |

**نام ونام خانوادگی بازرس بهداشت محیط نام ونام خانوادگی مسیول مرکز خدمات جامع سلامت**

**امضاء**   **امضاء**