

LISTE DE CONTRÔLE DES ANTIPARASITAIRES UTILISÉS

Conformément à l'article 13 du Règlement de l'Ontario 493/17 Dépôts d'aliments en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7 :

- (1) Chaque dépôt d'aliments est protégé contre l'entrée des ravageurs et exempt de situations menant à leur présence ou à leur reproduction.
- (2) L'exploitant d'un dépôt d'aliments tient un dossier de toutes les mesures prises pour lutter contre les ravageurs et le conserve pendant au moins un an après sa création.

La liste de contrôle suivante peut servir de guide pour les mesures de lutte antiparasitaire à prendre en vertu des exigences réglementaires. Un registre de toutes les mesures de lutte antiparasitaire, qu'elles soient prises par le propriétaire, l'exploitant ou l'opérateur de lutte antiparasitaire certifié, doit être conservé pendant au moins un an. Ce registre doit être présenté sur demande à un inspecteur de la santé publique.

Nom de l'établissement : _____

Rempli par : _____ Date : _____

MESURES DE LUTTE ANTIPARASITAIRE AUTO-DIRIGÉE

ZONES EXTÉRIEURES	OUI	NON
Des piles de débris ou ordures se trouvent-elles autour des installations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les poubelles ou bennes à ordures sont-elles propres et recouvertes de façon appropriée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STRUCTURE DU BÂTIMENT	OUI	NON
Le bâtiment est-il intact sur le plan structurel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les portes et les ouvertures sont-elles scellées et bien ajustées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il des espaces ou des fissures sur l'extérieur du bâtiment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les moustiquaires sont-ils tous en place et maintenus en bon état?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTÉRIEUR DU BÂTIMENT	OUI	NON
L'intérieur du bâtiment est-il solide sur le plan structurel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il accumulation d'aliments déversés, résidus liquides, saletés, débris ou poussière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les produits alimentaires sont-ils conservés dans des contenants impénétrables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les contenants alimentaires ont-ils des couvercles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les produits alimentaires sont-ils rangés au-dessus du plancher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les ordures et les déchets (liquides et/ou solides) sont-ils collectés et enlevés pour maintenir un état sanitaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il des dispositifs antiparasitaires installés à l'intérieur du bâtiment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI OUI , veuillez préciser :		

PREUVE DE PARASITES OU ANIMAUX NUISIBLES	OUI	NON
---	------------	------------

Y a-t-il des parasites présents ou des signes d'activité parasitaire? (c.-à-d. insectes, cocons, matériaux de nids, excréments, traces de rongement ou de griffes, etc.)?

SI OUI, veuillez préciser (observations et mesures prises) :

Si des parasites sont présents, la zone affectée a-t-elle été nettoyée et désinfectée? Les aliments, liquides ou autres articles contaminés/infestés ont-ils été éliminés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

SERVICES PROFESSIONNELS DE LUTTE ANTIPARASITAIRE (le cas échéant)

Entreprise professionnelle de lutte antiparasitaire :	OUI	NON	S/O
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'opérateur certifié :	OUI	NON	S/O
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contrôle chimique (pulvérisations, appâts, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SI OUI, veuillez préciser le nom des produits :

Dispositifs de contrôle (pièges, lumières, zappers, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SI OUI, veuillez préciser et inclure leurs emplacements :

NOTES SUPPLÉMENTAIRES

