



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت بهداشت - گروه مهندسی بهداشت حرفه ای

چک لیست پایش فعالیت های پزشکان عمومی دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی

نام پزشک عمومی : نوع مجوز : واحدکاری ☐ مطب ☐ مراکز جامع سلامت ☐

نوع ارائه خدمات سلامت کار: معاینات سلامت شغلی ☐ معاینات رانندگان ☐

آدرس : تلفن تماس :

کارشناس بهداشت حرفه ای : تاریخ بازدید :

آیا پزشک اکسل مربوط به آمار عملکرد معاینات را به مرکز بهداشت شهرستان ارسال کرده است؟ (مستندات) بله ☐ خیر ☐

آیا پزشک دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به معاینات سلامت شغلی را رعایت می نماید؟ بله ☐ خیر ☐

اعلام نظر مشاغل حساس توسط متخصص طب کار رعایت سقف معاینات گذراندن دوره های مدون طب کار

آیا پزشک قبل از شروع به انجام معاینات سلامت شغلی واحدکاری، برنامه معاینات را به مرکز بهداشت شهرستان اطلاع می دهد؟

موسسات ارائه دهنده خدمات پاراکلینیک همکار :

آزمایشگاه:

ادیولوژیست:

بررسی نحوه تکمیل پرونده پزشکی (فرم چهاربرگی):

- آیا قسمت سوابق شغلی و شخصی به صورت کامل تکمیل شده است ؟ بلی ☐ خیر ☐ ناکامل ☐

- آیا در قسمت سوابق شخصی موارد مثبت توضیح داده شده است ؟ بلی ☐ خیر ☐ ناکامل ☐

- آیا معاینات انجام شده کامل ذکر شده اند و به سوابق شخصی فرد دقت شده است ؟ (عدم ذکر کلمه نرمال به جای ذکر معاینات)

بلی ☐ خیر ☐ ناکامل ☐

- آیا مهر و امضای پزشک در انتهای ستون معاینات وجود دارد ؟ بلی ☐ خیر ☐

- آیا نتایج آزمایشات تشخیص طبی در صورت انجام در پرونده وارد شده است ؟ بلی ☐ خیر ☐

- آیا نتایج معاینات بینایی سنجی در صورت انجام در پرونده وارد شده است ؟ بلی ☐ خیر ☐

- آیا نتایج و تفسیر تستهای شنوایی سنجی در صورت انجام در پرونده وارد شده است؟ بلی ☐ خیر ☐

- آیا برگه اودیومتری توسط مسئول فنی طب کار مهر و تفسیر شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا نتایج و تفسیر اسپیرومتری در صورت انجام در پرونده وارد شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا درخواست آزمایشات پاراکلینیک به صورت روتین انجام شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای در مورد عوامل زیان آور به صورت کامل تکمیل شده است؟ (در صورتی که از واژه های کلی مثل سرو صدا و یا گرد و غبار استفاده شده نادرست است) ☐ بلی ☐ خیر ☐ نادرست
- آیا نتیجه اندازه گیری عوامل زیان آور در صورت انجام در پرونده ثبت شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ ناکامل
- آیا انجام معاینات دوره ای پس از اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار بوده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا در فرم نظریه نهایی پزشک طب کار (مسئول فنی) وجود دارد ؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ نادرست
- آیا نظریه نهایی طب کار ممهور به مهر و امضای مسئول فنی طب کار شرکت می باشد ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا نظریه نهایی بهداشت حرفه ای ممهور به مهر و امضای کارشناس بهداشت حرفه ای می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا مشخصات پزشک کار به همراه تاریخ باز آموزی تکمیل شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ نا کامل
- آیا در صورت لزوم ، بخش ارجاعات تخصصی و پیگیری تکمیل شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐ نادرست
- آیا فرم آمار بیماریهای شغلی (۱۱۱-۳) در قالب اکسل هر ۳ ماه یک بار به معاونت / مراکز بهداشتی ارسال شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا اسپیرومتری توسط کارشناس بهداشت حرفه ای انجام شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا اپراتور درانجام تست تنفسی از مهارت کافی برخوردار است؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا تست اودیومتری توسط کارشناس شنوایی سنجی انجام و مهارت کافی می شود ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا مسئول فنی طب کار نظارت مستقیم (حضور فیزیکی کافی) بر نحوه انجام معاینات دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا قراردادهای شرکت به معاونت / مراکز بهداشتی ارسال شده است ؟ ☐ بلی ☐ خیر
- آیا تعرفه های اعلام شده در قرارداد ها رعایت شده اند ؟ ☐ بلی ☐ خیر

نام و نام خانوادگی پایش کنندگان :

امضاء مسئول مرکز