



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت بهداشت - گروه مهندسی بهداشت حرفه ای

چک لیست پایش فعالیت های مراکز تخصصی طب کار

نام مرکز :

نوع مرکز : دولتی ☐

خصوصی ☐

نوع ارائه خدمات سلامت کار: معاینات سلامت شغلی ☐

معاینات رانندگان ☐

آدرس :

تلفن تماس :

مسئول فنی طب کار :

کارشناس بهداشت حرفه ای :

تاریخ بازدید :

آیا اطلاعات آخرین وضعیت پرسنلی به معاونت بهداشت دانشگاه ارسال شده است؟ بله ... تاریخ : نخیر ... عدم موضوعیت ...

اسامی کارشناسان بازدید کننده :

کارشناسان همکار مرکز:

موسسات ارائه دهنده خدمات پاراکلینیک همکار :

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 سر و 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