

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز سلامت محیط و کار

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان.....مرکز بهداشتی درمانی(شهری □ روستایی □) پایگاه بهداشت □ خانه بهداشت □ نام

فرم بازرسی بهداشت حرفه ای از کارگاه های چندواحدی

اطلاعات عمومی										کد پستی ده رقمی کارگاه																			
نام کارگاه..... نام کارفرما..... کد ملی کارفرمانوع مالکیت:خصوصی □ دولتی □ سایر □ مجوز فعالیت:دارد □ ندارد □																													
صادره از تاریخ راه اندازی / / ۱۳ آدرس: تلفن کارگاه.....نمابر.....																													
تلفن همراه:..... ایمیل کارفرما: نوع کارگاه:(خانگی □ غیرخانگی □) دائمی □ فصلی □ نوع فعالیت:خدمات □ صنعت □ معدن □ کشاورزی □																													
نام محصول اصلی:سه نوع از مواد اولیه اصلی: ۱-.....۲-.....۳-..... درجه خطر کارگاه: یک □ دو □ سه □ مشاغل خاص □																													
کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل می شود: بلی □خیر □ (دارد □ ندارد □) تشکیلات بهداشتی موجود: ایستگاه بهگر □ خانه بهداشت کارگری □ مرکز بهداشت کار □																													
۱- تعداد شاغلین کارگاه به تفکیک جنس و شیفت کار										۲- توزیع تعداد شاغلین بهره مند از خدمات بهداشت حرفه ای به تفکیک نوع خدمت و واحد ارائه دهنده آن																			
شیفت		نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳		نوع واحد نوع خدمت		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	نام و نوع مجوز:									
										روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار		
جنس		روز کار		نوبت کار		روز کار		نوبت کار		روز کار		نوبت کار		روز کار		نوبت کار		روز کار		نوبت کار									
مرد																													
زن																													
جمع																													
۳- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی (ماده ۱۵۶ قانون کار) و مراقبت بهداشتی																													
عنوان		نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳		عدم شمول(-)		عنوان		نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳		عدم شمول(-)		عنوان									
۱ آب آشامیدنی										۸ آشپزخانه																			
۲ دستشویی										۹ سالن غذاخوری																			
۳ توالت										۱۰ تعداد شاغلینی که با موادغذایی سر و کار دارند																			
۴ حمام / دوش										۱۱ تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی																			
۵ رختکن وکمد لباس										۱۲ جعبه کمکهای اولیه																			
۶ زباله										راهنمای جدول ۳:																			
۷ فاضلاب										در صورت مناسب بودن از علامت ✓ و در صورت نامناسب بودن از علامت × استفاده شود.																			
ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت ۱										ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت ۲										ملاحظات و نظریه کارشناس - نوبت ۳									
نام و نام خانوادگی بازدید کننده:										نام و نام خانوادگی بازدید کننده:										نام و نام خانوادگی بازدید کننده:									
تاریخ بازرسی: / / ۱۳										تاریخ بازرسی: / / ۱۳										تاریخ بازرسی: / / ۱۳									
امضاء:										امضاء:										امضاء:									
نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:										نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:										نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:									

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام واحد ۱:.....نوع فعالیت.....تعداد کارگر.... نام واحد ۲:.....نوع فعالیت.....تعداد کارگر.... نام واحد ۳:.....نوع فعالیت.....تعداد کارگر....

۴- تأسیسات بهداشتی و عوامل زیان آور محیط کار (مواد ۱۵۶ و ۹۱ قانون کار)									
نوبت ۱			نوبت ۲			نوبت ۳			
۱	۲	۳	۱	۲	۳	۱	۲	۳	
									۱- آیا ساختمان و فضای این واحد مناسب است؟ (الف) بله (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد
									۲- آیا تهویه عمومی این واحد مناسب است؟ (الف) بله (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد
									۳- آیا در این واحد صدای زیان آور وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب
									۴- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با صدا قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد
									۵- آیا در این واحد عامل زیان آور ارتعاش وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب
									۶- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با ارتعاش قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد
									۷- آیا وضعیت روشنایی این واحد نامناسب است؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- مطلوب است
									۸- آیا در این واحد پرتوهای زیان آور وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب
									۹- در صورت وجود پرتوهای زیان آور نوع پرتو را به تفکیک مشخص کنید: یونیزان: (a) ایکس (b) گاما (c) آلفا (d) بتا غیر یونیزان: (e) ماوراء بنفش (f) مادون قرمز (g) مایکروویو (h) امواج رادیویی (i) امواج مغناطیسی
									۱۰- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با پرتو قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد
									۱۱- آیا در این واحد استرس های حرارتی زیان آور وجود دارد؟ در صورت وجود نوع آن را تعیین کنید: O گرما و رطوبت O سرما (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب
									۱۲- آیا در این واحد عامل زیان آور شیمیایی وجود دارد؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با کنترل در سال جاری (ج) خیر- با کنترل در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب
									۱۳- در صورت وجود عامل زیان آور شیمیایی، نوع آن را تعیین کنید؟ آئروسول: (a) سیلیس (b) سرب (c) جیوه (d) آزیست (e) آرسنیک (f) کادمیوم (g) نیکل (h) کرم (i) سایر گاز و بخار: (j) بنزن (k) تولوئن (l) ترپانظین (m) فرمالدهید (n) مونوکسیدکربن (o) تتراکلرید کربن (p) اسید (q) باز (r) سایر
									سیلیس
									سرب
									جیوه
									۱۴- تعداد شاغلین در مواجهه با سیلیس، سرب و جیوه در صورت وجود به تفکیک ثبت شود:
									۱۵- آلاینده های شیمیایی با چه روشی کنترل شده است؟ (الف) تغییر پروسه O (ب) جایگزینی و حذف O (ج) تهویه عمومی O (د) تهویه موضعی O (ه) کنترل نشده O (و) موضوعیت ندارد
									۱۶- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با آلاینده های شیمیایی قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد
									۱۷- آیا شاغلین این واحد در مواجهه با عوامل بیولوژیکی زیان آور قرار دارند؟ (الف) بله - (تعداد افراد در معرض ثبت شود) (ب) خیر
									۱۸- آیا برای شاغلینی که در مواجهه با آلاینده های بیولوژیکی قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده؟ (الف) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ثبت شود) (ب) خیر (ج) موضوعیت ندارد
									۱۹- آیا ایستگاه های کار نامناسب بوده و شاغلین در وضعیت بدنی نامناسب کار می کنند؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال های قبل (د) خیر- مطلوب است
									۲۰- آیا شاغلین این واحد از ابزار کار نامناسب استفاده می کنند؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب
									۲۱- آیا در این واحد حمل دستی بار بصورت نامناسب انجام می شود؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب
									۲۲- مجموع تعداد شاغلین در مواجهه با عوامل زیان آور شغلی این واحد چند نفرند؟