

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 کارگاه (تک واحدی)

اطلاعات عمومی										
کد پستی ده رقمی کارگاه										
نام کارگاه نام کارفرما کد ملی کارفرما										
تاریخ راه اندازی / / ۱۳ آدرس: تلفن										
نوع فعالیت: (خدمات □ صنعت □ معدن □ کشاورزی □) نام محصول اصلی: سه نوع از مواد اولیه اصلی: ۱- ۲- ۳-										
تشکیلات بهداشتی موجود: (ایستگاه بهنگر □ خانه بهداشت کارگری □ مرکز بهداشت کار □) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل می شود: بلی □ خیر □ (دارد □ ندارد □)										
۱- تعداد شاغلین به تفکیک جنس و شیفت کار					۲- توزیع شاغلین تحت پوشش خدمات سلامت کار به تفکیک نوع واحد ارائه دهنده خدمت					
شیفت	روزکار			نوبت کار			نوع خدمت	دولتی	خصوصی	سایر
	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳				
جنس							بهداشت حرفه ای			
مرد							طب کار			
زن							نام و نوع مجوز:			
جمع										

۳- مراقبتهای بهداشتی درمانی انجام شده (مواد ۹۲ و ۹۱ و ۱۵۶ قانون کار)					۴- آموزش و فرهنگ سازی (ماده ۹۵ قانون کار و ماده ۸ و ۹ آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل دخانیات)					
ردیف	نوع مراقبتهای شاغلین			ردیف	آموزش و فرهنگ سازی			نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳
۱	تعداد شاغلین مرد معاینه شده			۱	آیا آموزشهای لازم در مورد نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی و مضرات و اثرات بهداشتی ناشی از مواجهه با عوامل زیان آور محیط کار به کارگران داده شده است؟ (بلی/خیر)					
۲	تعداد شاغلین زن معاینه شده			۲	آیا تابلوهای هشدار دهنده مبنی بر ممنوعیت مصرف محصولات دخانی در نقاط مناسب و در معرض دید عموم نصب شده است؟ (بلی/خیر)					
۳	تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سر و کار دارند			۳	آیا کارفرما در مورد کارکنانی که در معرض دید عموم و حین انجام کار مواد دخانی مصرف می کنند مطابق مقررات اقدام نموده است؟ (بلی/خیر)					
۴	تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی			۴	آیا جعبه کمکهای اولیه با وسایل لازم در کارگاه وجود دارد؟ (بلی/خیر)					
۵	تعداد شاغلین دارای گواهینامه بهداشت عمومی									

۵- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی کارگاه (مواد ۱۵۶ و ۹۱ قانون کار)									
تأسیسات و تسهیلات	نوبت ۱			نوبت ۲			نوبت ۳		
	تعداد واحد نامناسب* (از نظر کیفی و کمی)	تعداد شاغلینی که به تأسیسات بهداشتی مناسب دسترسی دارند	عدم شمول (-)	تعداد واحد نامناسب* (از نظر کیفی و کمی)	تعداد شاغلینی که به تأسیسات بهداشتی مناسب دسترسی دارند	عدم شمول (-)	تعداد واحد نامناسب* (از نظر کیفی و کمی)	تعداد شاغلینی که به تأسیسات بهداشتی مناسب دسترسی دارند	عدم شمول (-)
آب آشامیدنی									
دستشویی									
توالت									
حمام / دوش									
آشپزخانه									
سالن غذاخوری									
رختکن و کمد لباس									
شيوه دفع زباله در کارگاه: (الف) سوزاندن (ب) دفن کردن (پ) بازیافت (ج) تحویل به شهرداری (د) سایر روشهای دفع بهداشتی (و) راه کردن غیربهداشتی									
شيوه دفع فاضلاب: (الف) تصفیه خانه خصوصی (ب) شبکه جمع آوری عمومی (پ) سپتیک تانک (ج) چاه جذب (د) سایر روشهای دفع بهداشتی (و) راه کردن غیربهداشتی									
* هر گاه تعداد واحد نامناسب "صفر" شود، تأسیسات یا تسهیلات مورد نظر "مناسب" تلقی می شود.									

ملاحظات و نظریه کارشناس
نوبت ۱:
نوبت ۲:
نوبت ۳:

۶- تأسیسات بهداشتی و عوامل زیان آور محیط کار (مواد ۱۵۶ و ۹۱ قانون کار)			
نوبت ۳	نوبت ۲	نوبت ۱	
			آیا ساختمان و فضای کارگاه مناسب است؟ (الف) بله (ب) خیر (ج) عدم شمول
			آیا تهویه عمومی این واحد مناسب است؟ (الف) بله (ب) خیر (ج) عدم شمول
			آیا در این واحد صدای زیان آور وجود دارد؟ (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (ج) خیر- با کنترل مدیریتی (د) خیر- موضوعیت ندارد و یا مطلوب است
			آیا برای شاغلینی که در معرض صدا قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله- (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ذکر شود) (ب) خیر (ج) عدم موضوعیت
			آیا در این واحد عامل زیان آور ارتعاش وجود دارد؟ (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (ج) خیر- با کنترل مدیریتی (د) خیر- موضوعیت ندارد و یا مطلوب است
			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 ذکر شود) (ب) خیر (ج) عدم موضوعیت
			آیا وضعیت روشنایی این واحد نامناسب است؟ (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (د) خیر- با طراحی مناسب اولیه
			آیا در این واحد پرتوی زیان آور وجود دارد؟ (یونیزان: ایکس، گاما، آلفا، بتا) / غیر یونیزان: UV، OIR، میکروویو، امواج رادیویی، میدان مغناطیسی (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (ج) خیر- با کنترل مدیریتی (د) خیر- موضوعیت ندارد و یا مطلوب است
			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 ذکر شود) (ب) خیر (ج) عدم موضوعیت
			آیا در این واحد استرسهای حرارتی زیان آور وجود دارد؟ (گرم، سرما، رطوبت) (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (ج) خیر- با کنترل مدیریتی (د) خیر- موضوعیت ندارد و یا مطلوب است
			آیا برای شاغلینی که در معرض استرسهای حرارتی قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه شده است؟ (الف) بلی- (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ذکر شود) (ب) خیر (ج) عدم موضوعیت
			آیا در این واحد گرد و غبار زیان آور وجود دارد؟ (ازبست، سیلیس، چوب، پنبه، سیمان، سایر.....) (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (ج) خیر- با کنترل مدیریتی (د) خیر- موضوعیت ندارد و یا مطلوب است
			آیا در این واحد گاز و بخار زیان آور وجود دارد؟ (اسیدها، بازها، مونوکسید کربن، بنزن، تولوئن، ترانپن، سایر ترکیبات آروماتیک، هیدروکربنهای هالوژنه، هیدروکربنهای خطی، فرمالدهید، آلدئیدها، تتراکلرید کربن، ترکیبات معدنی، سایر.....) (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (ج) خیر- با کنترل مدیریتی (د) خیر- موضوعیت ندارد و یا مطلوب است
			آیا در این واحد دمه فلزی زیان آور وجود دارد؟ (سرب، آرسنیک، کروم، نیکل، کادمیم، روی، کیالت، منگنز، مولیبدن، بروم، پلاتین، جیوه، سایر فلزات خطرناک.....) (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (ج) خیر- با کنترل مدیریتی (د) خیر- موضوعیت ندارد و یا مطلوب است
			نوع روش کنترل مهندسی آلاینده های شیمیایی: (الف) تغییر پرسود (ب) جایگزینی و حذف (پ) تهویه عمومی (ج) تهویه موضعی (د) کنترل نشده
			آیا برای شاغلینی که در معرض آلاینده های شیمیایی قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله- (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ذکر شود) (ب) خیر (ج) عدم موضوعیت
			آیا شاغلین این واحد در معرض عوامل بیولوژیکی زیان آور قرار دارند؟ (ویروس، باکتری، قارچ، ریکتسیا، بیواترول غیر زنده) (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر
			آیا برای شاغلینی که در معرض آلاینده های بیولوژیکی قرار دارند، وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ (الف) بله- (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ذکر شود) (ب) خیر (ج) عدم موضوعیت
			آیا شاغلین این واحد در وضعیت بدنی نامناسب کار می کنند؟ (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (د) خیر- بدلیل طراحی مناسب اولیه ایستگاه کار
			آیا شاغلین این واحد از ابزار کار نامناسب استفاده می کنند؟ (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- ابزار کار مناسب است (د) خیر- موضوعیت ندارد
			آیا در این واحد حمل دستی بار بصورت نامناسب انجام می شود؟ (الف) بله- (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر- با کنترل مهندسی در سال جاری (پ) خیر- با کنترل مهندسی در سال های قبل (د) خیر- موضوعیت ندارد
			نوع سیستم کنترلی عوامل زیان آور ارگونومیکی: (الف) اصلاح ایستگاه کار و وضعیت نامناسب بدن (ب) کاهش وزن بار (پ) استفاده از وسایل کمکی حمل بار (ج) کاهش نیروی اعمالی در هنگام بلند کردن هل دادن و کشیدن (د) استفاده از ابزار کار مناسب (و) کنترلهای مدیریتی (ه) کنترل نشده است
نوبت اول		نوبت دوم	
نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء:		نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء:	
نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:		نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:	
نوبت سوم		نوبت سوم	
نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء:		نام و نام خانوادگی بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء:	
نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:		نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:	