

بسمه تعالی

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

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

شبکه بهداشت و درمان شهرستان مرودشت - مرکز خدمات جامع سلامت (شهری □ روستایی □) 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 کارفرما..... نوع مالکیت: خصوصی □ دولتی □ سایر □ مجوز فعالیت: دارد □ ندارد □			
صادره از تاریخ راه اندازی / / ۱۳ آدرس تلفن کارگاه نامبر			
تلفن همراه..... ایمیل کارفرما:..... نوع کارگاه: (خانگی □ غیر خانگی □) 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 □			
کمیت 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 بهره‌مند از خدمات بهداشت حرفه‌ای به تفکیک نوع خدمت و واحد ارائه دهنده آن				
شیفت	نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳	
	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار
جنس	نوع خدمت					
	نوع واحد					
مرد	اندازه‌گیری و کنترل عوامل زیان‌آور					
	آموزش					
زن	معاینات شغلی					
	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 (-)	
۱ آب آشامیدنی					۸ آشپزخانه					
۲ دستشویی					۹ سالن غذاخوری					
۳ توالت					۱۰ تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سر و کار دارند					
۴ حمام / دوش					۱۱ تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی					
۵ رختکن و کمده لباس					۱۲ جعبه کمک‌های اولیه					
۶ زیاله					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: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:	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 بازدید کننده: تاریخ بازرسی: / / ۱۳ امضاء: نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما یا نماینده تام الاختیار:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز سلامت محیط و کار
 معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

نام واحد: 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 سال‌های 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 سال‌های 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 سال‌های 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 سال‌های 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 استرس‌های 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 سال‌های 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 سال‌های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب								
۱۳- در صورت وجود عامل زیان آور شیمیایی، نوع آن را تعیین کنید؟ آتروسول: (a) سیلیس (b) سرب (c) جیوه (d) آزبست (e) آرسنیک (f) کادمیوم (g) نیکل (h) کرم (i) سایر گاز و بخار: (j) بنزن (k) تولوئن (l) ترانپتین (m) فرمالدهید (n) مونوکسید کربن (o) تتراکلرید کربن (p) اسید (q) باز (r) سایر								
۱۴- تعداد شاغلین در مواجهه با سیلیس، سرب و جیوه در صورت وجود به تفکیک ثبت شود: سیلیس سرب جیوه								
۱۵- آلاینده‌های 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 آلاینده‌های 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 آلاینده‌های 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 ایستگاه‌های کار نامناسب بوده و شاغلین در وضعیت بدنی نامناسب کار می‌کنند؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال‌های قبل (د) خیر- مطلوب است								
۲۰- آیا شاغلین این واحد از ابزار کار نامناسب استفاده می‌کنند؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال‌های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب								
۲۱- آیا در این واحد حمل دستی بار بصورت نامناسب انجام می‌شود؟ (الف) بله-تعداد افراد در معرض ثبت شود (ب) خیر- با اصلاح در سال جاری (ج) خیر- با اصلاح در سال‌های قبل (د) خیر- عدم موضوعیت یا مطلوب								
۲۲- مجموع تعداد شاغلین در مواجهه با عوامل زیان آور شغلی این واحد چند نفرند؟								