

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 کارفرما نوع مالکیت:خصوصی □ دولتی □ سایر □ مجوز فعالیت:دارد □ ندارد □ صادر 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 میشود: 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		نوع واحد نوع خدمت		نوع و نوع مجوز:	نام و نوع مجوز:
		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	اندازه‌گیری و کنترل عوامل زیان‌آور			
مرد								آموزش			
زن								معاينات شغلی		مرد	
جمع								زن			

۳- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی (ماده ۱۵۶ قانون کار) و مراقبت بهداشتی											
عنوان		نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	عنوان	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	عدم شمول (-)	عدم شمول (-)	عنوان
۱	آب آشامیدنی				۸	آشپزخانه					عدم شمول (-)
۲	دستشویی				۹	سالن غذاخوری					عدم شمول (-)
۳	توالت				۱۰	تعداد شاغلینیکه با موادغذایی سر و کار دارند					عدم شمول (-)
۴	حمام / دوش				۱۱	تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی					عدم شمول (-)
۵	رختکن وکمد لباس				۱۲	جعبه کمکهای اولیه					عدم شمول (-)
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: 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:

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 سالجاری (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 سالجاری (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 سالجاری (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 سالجاری (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 سالجاری (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 سالجاری (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: آئروسل: (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) ترپانطین (m) فرمالدهید (n) مونوکسیدکربن (o) تتراکلرید کربن (p) اسید (q) باز (r) سایر
								سیلیس	۱۴- تعداد شاغلین در مواجهه با سیلیس، سرب و جیوه در صورت وجود به تفکیک ثبت شود:
								سرب	
								جیوه	
									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 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 سالجاری (ج) خیر- با اصلاح در سالهای 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 سالجاری (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 سالجاری (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؟