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☐

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 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

شیفت / جنس	نوبت ۱		نوبت ۲		نوبت ۳	
	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار	روز کار	نوبت کار
مرد						
زن						
جمع						

۲- توزیع تعداد شاغلین بهره‌مند از خدمات بهداشت حرفه‌ای به تفکیک نوع خدمت و واحد ارائه دهنده آن

نوع خدمت / نوع واحد		دولتی	خصوصی	سایر	جمع	نام و نوع مجوز:
اندازه‌گیری و کنترل عوامل‌زیان‌آور						
آموزش						
معاینات شغلی	مرد					
	زن					

۳- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی (ماده ۱۵۶ قانون کار) و مراقبت بهداشتی

	عنوان	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	عدم شمول(-)
۱	آب آشامیدنی				
۲	دستشویی				
۳	توالت				
۴	حمام / دوش				
۵	رختکن وکمد لباس				
۶	زباله				
۷	فاضلاب				

	عنوان	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت۳	عدم شمول(-)
۸	آشپزخانه				
۹	سالن غذاخوری				
۱۰	تعداد شاغلینی‌که با موادغذایی سر و کار دارند				
۱۱	تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی				
۱۲	جعبه کمکهای اولیه				

راهنمای جدول ۳:

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 / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

نام واحد۱: .....نوع فعالیت.....تعداد کارگر.... نام واحد۲: .....نوع فعالیت.....تعداد کارگر.... نام واحد۳: .....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 صدای‌زیان 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 غیریونیزان: 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 گرماو رطوبت Oسرما 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)آزبست e)آرسنیک f)کادمیوم g)نیکل h) کرم i) سایر گاز و بخار: j) بنزن k) تولوئن l) تربانطین m)فرمالدهید n)مونوکسیدکربن 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- آلاینده های شیمیایی با چه روشی کنترل شده است؟ الف) تغییر پروسهO ب) جایگزینی و حذف O ج) تهویه عمومیO د) تهویه موضعیO ه) کنترل نشدهO 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 کارنامناسب 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؟									