

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 (چند واحدی)

اطلاعات عمومی										
نام کارگاه					نام کارفرما					
تاریخ راه اندازی					کد ملی کارفرما					
نوع فعالیت: (خدمات □ صنعت □ معدن □ کشاورزی □) نام محصول اصلی:					نوع مالکیت: خصوصی □ دولتی □ سایر □					
تشکیلات بهداشتی موجود: (ایستگاه بهنگر □ خانه بهداشت کارگری □ مرکز بهداشت کار □)					نوع کارگاه: (خانگی □ غیر خانگی □) (دائمی □ فصلی □)					
کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل می شود: بلی □ خیر □ (دارد □ ندارد □)					کد پستی ده رقمی کارگاه					
۱- تعداد شاغلین به تفکیک جنس و شیفت کار										
شیفت	روزکار			نوبت کار			نوع خدمت			
	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	نوع واحد	دولتی	خصوصی	سایر
جنس							بهداشت حرفه ای			
مرد							طب کار			
زن										
جمع										نام و نوع مجوز:

۳- مراقبتهای بهداشتی درمانی انجام شده (مواد ۹۲ و ۹۱ قانون کار)										
ردیف	نوع مراقبتهای شاغلین			ردیف	آموزش و فرهنگ سازی			نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳
۱	تعداد شاغلین زن 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 مرد 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 شاغلینی که به تأسیسات بهداشتی مناسب دسترسی دارند	تعداد واحد نامناسب* (از نظر کیفی و کمی)	عدم شمول (-)
آب آشامیدنی									
دستشویی									
توالت									
حمام / دوش									
آشپزخانه									
سالن غذاخوری									
رختکن و کمدهای لباس									
شیوه دفع زباله در کارگاه: (الف) سوزاندن (ب) دفن کردن (پ) بازیافت (ج) تحویل به شهرداری (د) سایر روشهای دفع بهداشتی (و) راه کردن غیربهداشتی شیوه 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:

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

نوبت ۱			نوبت ۲			نوبت ۳		
۱	۲	۳	۱	۲	۳	۱	۲	۳
۶- تأسیسات بهداشتی و عوامل زیان آور محیط کار (مواد ۱۵۶ و ۹۱ قانون کار)								
تأسیسات	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					
صدا	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 مواجهه با صدای زیان آور 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						
ارتعاش	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						
روشنایی	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؟	(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					
پرتو	یونیزان: ایکس، گاما، آلفا، بتا / غیر یونیزان: UV، OIR، مایکروویو، امواج رادیویی، میدان مغناطیسی (O)	(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						
استرس حرارتی	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) بله - (تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی ذکر شود) (ب) خیر						
گرم و بخار	آیا در این واحد گرد و بخار زیان آور وجود دارد؟ (آزبست، 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 در حد مجاز است					
	آیا در این واحد گاز و بخار زیان آور وجود دارد؟ (اسیدها، بازها، مونوکسید کربن، بنزن، تولوئن، ترانپتین، 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					
عوامل شیمیایی	آیا در این واحد دمه فلزی زیان آور وجود دارد؟ (سرب، آرسنیک، کروم، نیکل، کادمیم، روی، کبالت، 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 پروسه (ب) جایگزینی و حذف (پ) تهویه عمومی (ج) تهویه موضعی (د) کنترل نشده						
سیستم کنترلی	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						
	آیا شاغلین این واحد در معرض عوامل بیولوژیکی زیان آور قرار دارند؟ (ویروس، باکتری، قارچ، ریکتزیا، بیواتروسل غیر زنده)	(الف) بله - (تعداد افراد در معرض ذکر شود) (ب) خیر						
عوامل بیولوژیکی	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						
	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					
ارگونومی	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 سوم			نوبت دوم			نوبت اول		
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:		