

بسمه تعالی

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

معاونت بهداشتی / سلامت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان ..... مرکز بهداشتی درمانی (شهری  روستایی ) نام .....

**فرم بازدید کارگاهی چند واحدی**

اطلاعات عمومی		کد پستی ده رقمی کارگاه.....
نام کارگاه..... نام کارفرما..... نوع مالکیت خصوصی دولتی سایر مجوز فعالیت: دارد ندارد صادره از ..... تاریخ راه اندازی / / 13 آدرس:..... تلفن ..... نمابر.....		
نوع کارگاه: [دائمی <input type="radio"/> فصلی <input type="radio"/> ] نوع فعالیت: خدمات <input type="radio"/> صنعت <input type="radio"/> معدن <input type="radio"/> کشاورزی <input type="radio"/> نوع محصول اصلی: ..... سه نوع از مواد اولیه اصلی: 1-..... 2-..... 3-..... تشکیلات بهداشتی موجود: (ایستگاه بهگر <input type="radio"/> خانه بهداشت کارگری <input type="radio"/> مرکز بهداشت کار <input type="radio"/> ) کمیته حفاظت فنی و بهداشتکار: شامل میشود: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> (دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> )		
1- توزیع شاغلین تحت پوشش خدمات سلامت کار به تفکیک نوع واحد ارائه دهنده خدمت		2- تعداد شاغلین به تفکیک جنس و شیفتکار
نوع واحد نوع خدمت بهداشت حرفه ای طب کار نام و نوع مجوز:	دولتی	خصوصی
	سایر	سایر
3- مراقبتهای بهداشتی درمانی انجام یافته و ماده ۹۲ قانون کار از ابتدای سال		4- وضعیت تسهیلات بهداشتی (مواد ۱۵۶ و ۹۱ قانون کار)
ردیف	نوع مراقبتهای شاغلین	ردیف
1	تعداد شاغلین زن معاینه شده	1
2	تعداد شاغلین مرد معاینه شده	2
3	تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سروکار دارند	3
4	تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی	4
نظریه بازدید کننده (نوبت ۱)		نظریه بازدید کننده (نوبت ۲)
نام و نام خانوادگی بازدید کننده: محل خدمت: امضاء:		نام و نام خانوادگی بازدید کننده: محل خدمت: امضاء:
نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / 13 امضاء:		نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / 13 امضاء:
نام و نام خانوادگی بازدید کننده: محل خدمت: امضاء:		نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / 13 امضاء:
نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / 13 امضاء:		نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / 13 امضاء:

نام واحد 1: نوع فعالیت: تعداد کارگر: نام واحد 4: نوع فعالیت: تعداد کارگر: نام واحد 2: نوع فعالیت: تعداد کارگر: نام واحد 5: نوع فعالیت: تعداد کارگر: نام واحد 3: نوع فعالیت: تعداد کارگر:

5- عوامل زیان آور محیط کار (انطباق شرایط با مواد 85 و 91 قانون کار)													کل واحدهای موجود												
ردیف	نوع عامل زیان آور	کد واحد			1			2			3			4			5			نوبت 1		نوبت 2		نوبت 3	
		نوبت بازدید	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	
1	صدا																								
2	ارتعاش																								
3	روشنایی																								
4	پرتو																								
5	گرما و رطوبت																								
6	سرما																								
7	تماس پوستی با مواد شیمیایی																								
8	گرد و غبار																								
9	گاز و بخار																								
10	دود و دمه																								
11	وضعیت بدن حین کار																								
12	ابزار کار																								
13	حمل بار																								

6- تأسیسات و تسهیلات بهداشتی کارگاه (مواد 156 و 91 قانون کار و آئین نامه آن) (جهت تسهیلات متمرکز فقط کل واحدهای موجود تکمیل گردد)													کل واحدهای موجود												
ردیف	نوع تأسیسات یا تسهیلات	کد واحد			1			2			3			4			5			نوبت 1		نوبت 2		نوبت 3	
		نوبت بازدید	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	
14	ساختمان کارگاه																								
15	فضای کارگاه																								
16	تهویه عمومی کارگاه																								
17	دستشویی																								
18	توالت																								
19	دوش / حمام																								
20	آشپزخانه																								
21	سالن غذاخوری																								
22	کمد لباس / رختکن																								
23	وسایل گرمایش و سرمایشی																								

7- انطباق شرایط با ماده 91 قانون کار													کل واحدهای موجود												
ردیف	نوع عامل زیان آور	کد واحد			1			2			3			4			5			نوبت 1		نوبت 2		نوبت 3	
		نوبت بازدید	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	شماره	نام	
24	نیازمند وسیله حفاظت فردی																								
25	دارای وسیله حفاظت فردی مناسب																								
26	جعبه کمکهای اولیه																								

راهنمای جدول 5: 1- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل نشده تعداد شاغلین در معرض ذکر شود 2- اگر وجود عامل در فرایند موضوعیت ندارد عدد صفر ثبت شود 3- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل شده از علامت A استفاده گردد راهنمای جدول 6: 1- اگر تأسیسات یا تسهیلات از نظر کمی و کیفی منطبق بر آئین نامه است p 2- اگر تسهیلات منطبق با آئین نامه نمی باشد تعداد واحدهای نامناسب ذکر شود 3- اگر ضرورت تسهیلات خاص منتهی است عدد صفر ثبت شود

ملاحظات: