

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 O روستایی O) پایگاه بهداشت O خانه بهداشت O نام

فرم بازدید کارگاهی (تک واحدی)

اطلاعات عمومی																	
نام کارگاه: نام کارفرما: نوع مالکیت: خصوصی O دولتی O سایر O مجوز فعالیت: دارد O ندارد O صادره از: تاریخ راه اندازی: 13 / / آدرس: تلفن: نامبر: نوع کارگاه: [خانگی O غیر خانگی O] (دائمی O فصلی O) نوع فعالیت: (خدمات O صنعت O معدن O کشاورزی O) نام محصول اصلی: سه نوع از مواد اولیه اصلی: 1- 2- 3- تشکیلات بهداشتی موجود: (ایستگاه بهگر O خانه بهداشت کارگری O مرکز بهداشت کار O) کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل میشود: بلی O خیر O (دارد O ندارد O)																	
1 - توزیع شاغلین تحت پوشش خدمات سلامت کار به تفکیک نوع واحد ارائه دهنده خدمت						2 - تعداد شاغلین به تفکیک جنس و شیفت کار											
نوع واحد خدمت			دولتی			خصوصی			سایر			شیفت		روز کار		نوبت کار	
بهداشت حرفه ای												جنس		نوبت 1		نوبت 2	
طب کار												زن		نوبت 3		نوبت 1	
نام و نوع مجوز:												مرد		نوبت 2		نوبت 3	
												جمع		نوبت 1		نوبت 2	
3 - عوامل زیان آور محیط کار (مواد 85 و 91 قانون کار)				4 - تأسیسات و تسهیلات بهداشتی کارگاه (مواد 156 و 91 قانون کار)				5 - مراقبتهای بهداشتی درمانی انجام یافته و انطباق با ماده 92 و 91 قانون کار									
ردیف		نوع عامل زیان آور		ردیف		وضعیت تأسیسات یا تسهیلات		ردیف		نوع مراقبتهای شاغلین		ردیف					
1		صدا		14		ساختمان کارگاه		1		تعداد شاغلین زن معاینه شده		27					
2		ارتعاش		15		فضای کارگاه		2		تعداد شاغلین مرد معاینه شده		28					
3		روشنایی		16		تهویه عمومی کارگاه		3		تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سروکار دارند		29					
4		پرتو		17		آب آشامیدنی		4		تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی		30					
5		گرما و رطوبت		18		دستشویی		5		تعداد شاغلین نیازمند وسیله حفاظت فردی		31					
6		سرما		19		توالت		6		تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب		32					
7		تماس پوستی با مواد شیمیایی		20		دوش / حمام		7		جعبه کمکهای اولیه		33					
8		گرد و غبار		21		آشپزخانه		8		راهنمای جدول 3:							
9		گاز و بخار		22		سالن غذاخوری		9		1- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل نشده تعداد شاغلین در معرض ذکر شود							
10		دود و دمه		23		کمد لباس / رختکن		10		2- اگر وجود عامل در فرایند موضوعیت ندارد عدد صفر ثبت شود							
11		وضعیت بدن حین کار		24		وسایل گرمایش و سرمایشی		11		3- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل شده از علامت O استفاده گردد							
12		ابزار کار		25		دفع فاضلاب		12		راهنمای جدول 4:							
13		حمل بار		26		دفع زباله		13		1- اگر تأسیسات یا تسهیلات از نظر کمی و کیفی منطبق بر آیین نامه است O							
										2- اگر تسهیلات منطبق با آیین نامه نمی باشد تعداد واحدهای نامناسب ذکر شود							
										3- اگر ضرورت تسهیلات خاص منتفی است عدد صفر ثبت شود.							
نظریه بازدید کننده:																	
نام و نام خانوادگی بازدید کننده:				نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار:				نام و نام خانوادگی بازدید کننده:									
محل خدمت:				محل خدمت:				محل خدمت:									
امضاء:				امضاء:				امضاء:									
نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار:				نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار:				نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار:									
تاریخ رؤیت: 13 / / امضاء:				تاریخ رؤیت: 13 / / امضاء:				تاریخ رؤیت: 13 / / امضاء:									

ادامه نظریه بازدید کننده:

نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای: