

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 بازدید کارگاهی (تک 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: / / ۱۳
آدرس:	تلفن: نامبر: نوع کارگاه: [خانگی □ غیرخانگی □] (دائمی □ فصلی □)
نوع فعالیت: (خدمات □ صنعت □ معدن □ کشاورزی □) نام محصول اصلی:	سه نوع از مواد اولیه اصلی: ۱- ۲- ۳-
تشکیلات بهداشتی موجود: (ایستگاه بهگر □ خانه بهداشت کارگری □ مرکز بهداشت کار □)	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: شامل میشود: بلی □ خیر □ (دارد □ ندارد □)

۱- توزیع شاغلین تحت پوشش خدمات سلامت کار به تفکیک نوع واحد ارائه دهنده خدمت				۲- تعداد شاغلین به تفکیک جنس و شیفت کار					
نوع خدمت	نوع واحد	دولتی	خصوصی	سایر	شیفت			جنس	
					نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳		
بهداشت حرفه ای طب کار					زن	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	
					مرد				
					جمع				
نام و نوع مجوز:									

۳- عوامل زیان آور محیط کار (مواد ۸۵ و ۹۱ قانون کار)				۴- تاسیسات و تسهیلات بهداشتی کارگاه (مواد ۱۵۶ و ۹۱ قانون کار)				۵- مراقبتهای بهداشتی درمانی انجام یافته و انطباق با ماده ۹۲ و ۹۱ قانون کار						
ردیف	نوع عامل زیان آور	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	ردیف	وضعیت تاسیسات یا تسهیلات	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳	ردیف	نوع مراقبتهای شاغلین	نوبت ۱	نوبت ۲	نوبت ۳
۱	صدا				۱۵	ساختمان کارگاه				۲۸	تعداد شاغلین زن معاینه شده			
۲	ارتعاش				۱۶	فضای کارگاه				۲۹	تعداد شاغلین مرد معاینه شده			
۳	روشنایی				۱۷	تهویه عمومی کارگاه				۳۰	تعداد شاغلینی که با مواد غذایی سروکار دارند			
۴	پرتو				۱۸	آب آشامیدنی				۳۱	تعداد شاغلین دارای کارت بهداشتی			
۵	گرما و رطوبت				۱۹	دستشویی				۳۲	تعداد شاغلین نیازمند وسیله حفاظت فردی			
۶	سرما				۲۰	توالت				۳۳	تعداد شاغلین دارای وسیله حفاظت فردی مناسب			
۷	تماس پوستی با مواد شیمیایی				۲۱	دوش / حمام				۳۴	جعبه کمکهای اولیه			
۸	گرد و غبار				۲۲	آشپزخانه				راهنمای جدول ۳:				
۹	گاز و بخار				۲۳	سالن غذاخوری				۱- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل نشده تعداد شاغلین در معرض ذکر شود				
۱۰	دود و دمه				۲۴	کمد لباس / رختکن				۲- اگر وجود عامل در فرایند موضوعیت ندارد عدد صفر ثبت شود				
۱۱	وضعیت بدن حین کار				۲۵	وسایل گرمایش و سرمایشی				۳- اگر عامل زیان آور وجود دارد و کنترل شده از علامت ✓ استفاده گردد				
۱۲	ابزار کار				۲۶	دفع فاضلاب				راهنمای جدول ۴:				
۱۳	حمل بار				۲۷	دفع زباله				۱- اگر تاسیسات یا تسهیلات از نظر کمی و کیفی منطبق بر آئین نامه است <input checked="" type="checkbox"/>				
۱۴	تعداد کارگرانی که در معرض عامل زیان آور نیستند									۲- اگر تسهیلات منطبق با آئین نامه نمی باشد تعداد واحدهای نامناسب ذکر شود				
										۳- اگر ضرورت تسهیلات خاص منتفی است عدد صفر ثبت شود.				

		نظریه بازدید کننده:

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: / / ۱۳ امضاء:
نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / ۱۳ امضاء:	نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / ۱۳ امضاء:	نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده تام الاختیار: تاریخ رؤیت: / / ۱۳ امضاء:

ادامه نظریه باز دید کننده:

نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای: