

فرم جمع آوری اطلاعات معاینات طب کار صنایع استان - شهرستان مبارکه	
سال ارائه گزارش	تاریخ انجام معاینات :
نام شرکت / کارخانه	
نوع تولید	
تعداد کارگر	
دوره ای	تعداد افراد معاینه شده
قبل از استخدام	
نام شرکت خصوصی	واحد ارائه دهنده خدمات طب کار
مرکز طب کار	
پزشک حقیقی	
نام پزشک معاینه گر	

نام و نام خانوادگی کارفرما
امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای شرکت
امضاء

در صورت انجام معاینات در سال جاری لازم است کپی گزارش ارائه شده توسط شرکت یا پزشک معاینه کننده به پیوست ارسال گردد (شامل کد فرم ۱۱۱-۳ گزارش بیماریها و فرم گزارش دهی معاینات شغلی ممهور به مهر شرکت یا پزشک معاینه کننده)

جدول آماری آموزش بهداشت شاغلین صنایع

	نام شرکت / کارگاه / کارخانه
	سال ارائه گزارش
	شش ماهه / سه ماهه اول
	مقطع ارائه گزارش
	سالیانه
تعداد شاغلین	

گروه هدف	مدت زمان دوره آموزشی (بر حسب ساعت)	تاریخ برگزاری	تعداد مخاطبین	نام و نام خانوادگی مدرس	برگزار کننده	عنوان دوره آموزشی	ردیف
						صدا	۱
						روشنایی	۲
						گازها و بخارات	۳
						دود و دمه	۴
						گرد و غبار	۵
						عوامل ارگونومی محیط کار	۶
						عوامل روانی محیط کار	۷
						بیماریهای ناشی از کار	۸
						پرتوها	۹
						سیلیس و سیلیکوزیس	۱۰
						عوامل زیان آور ریخته گری	۱۱
						استفاده از لوازم حفاظت فردی	۱۲
						کمک های اولیه پزشکی	۱۳
						MSDS مواد شیمیایی	۱۴
						آموزش عوامل اجرایی پسماند	۱۵
						بهبود تغذیه	۱۶
						ریسک فاکتور های بیماری های قلبی و عروقی	۱۷
						بیماریهای نوپدید (ایدز، هپاتیت و.....)	۱۸
						۱۹
						سایر	۲۰
						سایر	۲۱

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای - امضا

فرم گزارش دهی بهداشت پرتوکاران

نام شرکت / کارگاه / کارخانه	
سال ارائه گزارش	
شش ماهه اول	مقطع ارائه گزارش
سالانه	
تعداد شاغلین	
تعداد واحد های دارای عامل زیان آور پرتو (یونیزان + غیر یونیزان)	
تعداد کل شاغلین در معرض پرتو (یونیزان + غیر یونیزان)	
تعداد کارگاههای دارای عامل زیان آور پرتو یونیزان	
تعداد شاغلین در معرض پرتو یونیزان	
تعداد کارگاههای دارای عامل زیان آور غیر یونیزان	
تعداد شاغلین در معرض پرتو غیر یونیزان	
تعداد شاغلین در معرض پرتو معاینه شده	
تعداد کارگران آموزش دیده	
تعداد کارفرمایان آموزش دیده	
تعداد کارگاه آموزشی برگزار شده در این خصوص	
تعداد شاغلین پرتوکاری که از لوازم حفاظت فردی مرتبط استفاده می نمایند	

نام و نام خانوادگی کارفرما

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای - امضا

مهر و امضا

فرم ارسال گزارش فعالیتهای مرتبط با برنامه تامین روشنایی مطلوب در محیط کار

	نام شرکت / کارگاه / کارخانه	
	سال ارائه گزارش	
	شش ماهه اول	مقطع ارائه گزارش
	سالیانه	
	تعداد شاغلین	
	تعداد واحد های مشمول برنامه که نیاز به نورسنجی دارند	
	مجموع واحدهای کارگاهی نورسنجی شده (روشنایی عمومی)	
	تعداد واحد های نورسنجی شده با روشنایی عمومی نامطلوب	
	تعداد واحد های نورسنجی شده نامطلوب بدلیل درخشندگی مزاحم سطوح، منابع و پنجره ها	
	تعداد واحد های نورسنجی شده نامطلوب بدلیل رنگ و جنس نامناسب سطوح انعکاس در کارگاه	
	تعداد واحد های نورسنجی شده نامطلوب بدلیل عدم تناسب چیدمان و توزیع غیر یکنواخت منابع	
	تعداد واحد های نورسنجی شده نامطلوب بدلیل عدم تناسب منابع روشنایی با محیط کار	
	تعداد واحد های نورسنجی شده نامطلوب بدلیل سوختگی یا وضعیت نگهداری نامناسب منابع روشنایی	
	مجموع شاغلین در مواجهه با روشنایی نامطلوب در محیط کار	
	تعداد کارگانهایی که در سال جاری روشنایی خود را با اقدامات فنی مهندسی اصلاح نموده اند	
	تعداد کارگران و کارفرمایان آموزش دیده در خصوص روشنایی محیط کار	

نام و نام خانوادگی کارفرما

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای - امضا

مهر و امضا

فرم ارسال گزارش فعالیت برنامه مقابله با صدا در محیط کار

نام شرکت / کارگاه / کارخانه	
سال ارائه گزارش	
شش ماهه اول	مقطع ارائه گزارش
سالانه	
تعداد شاغلین	
تعداد واحد های موجود در کارخانه (سالن یا واحد تولید مجزا)	
تعداد واحد دارای عامل زیان آور صدا	
تعداد واحد صداسنجی شده	
مجموع واحد های صداسنجی شده با صدای نامناسب	
مجموع شاغلین در معرض صدای زیان آور در کارگاههای صداسنجی شده *	
مجموع واحد های با صدای کنترل شده توسط روشهای فنی مهندسی یا مدیریتی در سالجاری *	
تعداد شاغلین در مواجهه صدا که از وسیله حفاظت فردی مناسب شنوایی استفاده می کنند *	
درصد کارگران و کارفرمایان آموزش دیده در خصوص صدا *	

نام و نام خانوادگی کارفرما

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای- امضا

مهر و امضا

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فرم گزارش دهی خدمات مهندسی بهداشت حرفه ای

الف (واحد ارائه دهنده خدمات :

مرکز سلامت کارخانه شرکت خصوصی خدمات مهندسی بهداشت حرفه ای
 نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول : نام و نام خانوادگی کارشناس همکار :

ب) نام محل گیرنده خدمات : نشانی :
 محصول نهایی تولید : تعداد کل کارگران : تاریخ ارائه خدمات :
 خدمات ارائه شده شامل :

نمونه برداری اندازه گیری آنالیز ارائه راه حل مهندسی انجام اقدامات کنترلی
 ج) گزارش عوامل زیان آور فیزیکی

ملاحظات	تعداد ایستگاههای غیر منطبق با استاندارد	تعداد ایستگاه	تعداد کارگاه	عامل زیان آور
				تراز کلی فشار صوت
				دوزیمتری
				ارتعاش
				روشنایی
				درخشندگی
				WBGT شاخص استرس گرمایی
				میدان های الکترو مغناطیس

د) گزارش عوامل زیان آور شیمیایی

ملاحظات	تعداد نمونه های بیش از حد استاندارد	تعداد نمونه	تعداد کارگاه	نوع و نام عامل زیان آور

ه) سایر عوامل زیان آور (بصورت تشریحی ذکر شود)

نام و نام خانوادگی کارفرما

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای شرکت

امضا

امضا

فرم گزارش دهی سلامت ایمنی و بهداشت عوامل اجرایی مشمول ماده 5 قانون مدیریت پسماند ها

	میانگین پسماند روزانه (کیلوگرم) *		نام شرکت / کارگاه / کارخانه / ارگان
	میانگین پسماند مخاطره آمیز روزانه (کیلوگرم)		سال ارائه گزارش
	تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی مناسب		تعداد کل شاغلین
	تعداد شاغلین شرکت کننده در دوره های آموزشی		تعداد شاغل فعال در بخش پسماند
	تعداد شاغلینی که به تسهیلات بهداشتی مناسب دسترسی دارند.		تعداد شاغل فعال در بخش پسماند معاینه شده
تعداد شاغل	نوع پسماند	مرحله	تعداد شاغل
	عادی	تعداد شاغل پردازش	عادی
	بیمارستانی		بیمارستانی
	کشاورزی		کشاورزی
	صنعتی		صنعتی
	ویژه (مخاطره آمیز)		ویژه (مخاطره آمیز)
	عادی	تعداد شاغل انبار	عادی
	بیمارستانی		بیمارستانی
	کشاورزی		کشاورزی
	صنعتی		صنعتی
	ویژه (مخاطره آمیز)		ویژه (مخاطره آمیز)
	عادی	تعداد شاغل دفع	عادی
	بیمارستانی		بیمارستانی
	کشاورزی		کشاورزی
	صنعتی		صنعتی
	ویژه (مخاطره آمیز)		ویژه (مخاطره آمیز)
نام و نام خانوادگی			
مهر و امضا			

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

مرکز بهداشت استان اصفهان

طرح کاهش و کنترل سیلیکوزیس

فرم گزارش دهی معاینات کارگران در معرض سیلیس از واحد کاری به مرکز بهداشت شهرستان

نام کارگاه	نام کارفرما	نوع صنعت	نام کارشناس بهداشت حرفه ای	تعداد کل شاغلین	تعداد شاغل در معرض سیلیس

تعداد کل افراد معاینه شده : زمان انجام معاینه : نام مرکز تخصصی معاینه کننده :

تعداد CXR انجام شده: تعداد کل افراد ارجاع داده شده:

ابتلا به سیلیکوزیس :	عدم ابتلا به سیلیکوزیس :	موارد نامشخص :	فعالاً بدون پاسخ :
----------------------	--------------------------	----------------	--------------------

لیست افراد مبتلا به سیلیکوزیس

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	سابقه مواجهه با سیلیس	نوع شغل (وظیفه محوله)	نتیجه ارجاع		نتیجه تست PPD
						فوق تخصص ریه	متخصص طب کار	
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای تکمیل کننده فرم : نام و نام خانوادگی مدیرعامل :

تاریخ تکمیل فرم :

طرح کاهش و کنترل سلیکوزیس - فرم س - 2

نام شرکت / کارگاه / کارخانه	
تعداد کل شاغلین	
تعداد شاغلین در معرض گرد و غبار حاوی سیلیس	
سال ارائه گزارش	
سه ماهه اول	مقطع ارائه گزارش
سالانه	
تعداد کل افراد معاینه شده در معرض گرد و غبار سیلیس	
تعداد کل افراد مشکوک به ابتلا ارجاع داده شده	
ابتداء به سلیکوزیس	جمع بندی نتایج
عدم ابتداء به سلیکوزیس	
موارد نامشخص	
فعلاً بدون پاسخ	
نام و نام خانوادگی	لیست افراد مبتلا به سلیکوزیس (در سال ارائه گزارش)
محل کار / نوع شغل یا صنعت	

نام و نام خانوادگی کارفرما

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای - امضا

مهر و امضا

آمار اندازه گیری عوامل شیمیایی زیان آور محیط کار

نام شرکت / کارگاه / کارخانه					
سال ارائه گزارش					
تعداد شاغلین					
مقطع ارائه گزارش					
شش ماهه اول					
سالانه					
نام عامل شیمیایی	تعداد سالن مورد بررسی	نوع نمونه	تعداد نمونه	تعداد نمونه بالاتر از حد مجاز	توضیحات

نام و نام خانوادگی کارفرما

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای- امضا

مهر و امضا

آنالیز پوسچر به روش ROSA				آنالیز پوسچر به روش WISHA	
تعداد کل	تعداد پوسچر با امتیاز نهایی ۵ و بالاتر	تعداد کل	تعداد پوسچر با شرایط مطلوب و کمتر از حد مجاز	تعداد کل	تعداد پوسچر با شرایط خطرناک و بالاتر از حد مجاز

آنالیز پوسچر به روش Snook handling											Snook pulling											Snook pushing											
نیروی اولیه						تعداد کل	نیروی اولیه:						تعداد کل	نیروی اولیه:						تعداد کل													
تعداد درصد مجاز زنان			تعداد درصد مجاز مردان				تعداد درصد مجاز زنان			تعداد درصد مجاز مردان				تعداد درصد مجاز زنان			تعداد درصد مجاز مردان																
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۱	۲	۳	۴	۵	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۱	۲	۳	۴	۵	۶	در سه ماه گذشته										
																							تعداد افراد در معرض										
																							از ابتدای برنامه										
																							تعداد افراد در معرض										
نیرو پیوسته: زنان						نیرو پیوسته: مردان						نیرو پیوسته: زنان						نیرو پیوسته: مردان						در سه ماه گذشته									
																								تعداد افراد در معرض									
																								از ابتدای برنامه بر اساس مستندات									
																								تعداد افراد در معرض									

جدول شماره چهار: اقدامات کنترلی

تعداد کل پوسچر کاری آنالیز شده	تعداد پوسچر های نیازمند تغییر یا اصلاح	پوسچرهای اصلاح شده در این سه ماه	تعداد کارگر بهره مند شده از این تعداد اصلاح پوسچر
*	*	**	
*	*	*	*

تعداد ریسک فاکتورهای ارگونومیکی کنترل شده :

اصلاحات	حمل بار WISHA	وضعیت نامناسب بدن در حین کار	ابزار کار نامناسب	ایستگاه کار نامناسب	حرکات تکراری	اعمال نیروی زیاد	Snook pushing	Snook pulling	Snook handling
تعداد موارد اصلاحی									
تعداد شاغلین بهره مند									

امضاء کارشناس ناظر بهداشت حرفه ای :

نام و امضاء مدیریت شرکت :

امضاء مسئول بهداشت حرفه ای :

تاریخ تکمیل : / /

گزارش بهسازی ارگونومی

دانشگاه علوم پزشکی :
استان :
آدرس محل صنعت :
نام کارشناس بهداشت حرفه ای صنعت :

کارشناس ناظر :
شهرستان :
نام محل مورد بررسی :
شماره تماس :
شماره تماس :

عامل ارگونومیک :

	ابزار نامناسب <input type="checkbox"/>
میزان اولیه <input type="checkbox"/> مدل اسنوک <input type="checkbox"/>	توضیح :
میزان اولیه : wisha	محاسبه بر اساس مدل wisha : میزان اولیه :
سطح ریسک :	ارزیابی بر اساس روش : rosa <input type="checkbox"/> owas <input type="checkbox"/> qec <input type="checkbox"/> reba <input type="checkbox"/> rula <input type="checkbox"/>
میزان اولیه :	هل دادن و کشیدن محاسبه بر اساس مدل اسنوک <input type="checkbox"/>
تعداد در دقیقه :	توضیح :
توضیح :	کار تکراری <input type="checkbox"/>

تصویر قبل از بهسازی	تصویر بعد از بهسازی

شرح اقدام کنترلی :	
تعداد افراد بهره مند :	هزینه اجرای بهسازی:
ریال	ریال

	میزان ریسک باقی مانده :
--	-------------------------

شناسنامه خانه بهداشت کارگری

مبارکه	شهرستان	
	شش ماهه اول	مقطع زمانی
	سالانه	
	نام شرکت	
	نام کارفرما	
	محصول اصلی	
	سال تأسیس کارگاه	
	سال تأسیس خانه بهداشت کارگری	
	تعداد کل شاغلین	
	تعداد شاغلین مرد	
	تعداد شاغلین زن	
	مساحت خانه بهداشت کارگری	
	نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای	
	آیا خانه بهداشت کارگری کارشناس بهداشت حرفه ای دارد؟	
	نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای در صورت حضور	
	نوع همکاری کارشناس بهداشت حرفه ای در صورت حضور	
	آیا بهداشتتیار در خانه بهداشت کارگری حضور دارد؟	
	نام و نام خانوادگی بهداشتتیار در صورت حضور	
	مدرک تحصیلی بهداشتتیار در صورت حضور	
	نوع همکاری بهداشتتیار در صورت حضور	
	آیا پزشک در خانه بهداشت کارگری حضور دارد؟	
	نام و نام خانوادگی پزشک در صورت حضور	
	نوع تخصص پزشک	
	نوع همکاری پزشک	
	نام و نام خانوادگی سایر کارکنان (پرستار، بهیار...) / سمت / نوع همکاری	
اما	نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای	



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای
مرکز بهداشت شهرستان مبارکه

نام صنعت: آدرس صنعت:

نام کارشناس بهداشت حرفه‌ای صنعت: تعداد کارگران:

تعداد شیفت کاری: ... مدت زمان هر شیفت کاری:

مدت زمان استراحت: ...

تاریخ انجام اقدام کنترلی:

نوع عامل زیان آور کنترل شده: فیزیکی

نام شرکت کنترل کننده عامل زیان آور:

عوامل فیزیکی (صدا ○ روشنایی ○ ارتعاش ○ اشعه ○ استرس حرارتی ○ استرس سرمای ○)

عوامل شیمیایی (گرد و غبار ○ گاز و بخار ○ دود و دمه ○ میست روغن ○)

تعداد پرسنل در معرض قبل از اقدام اصلاحی: تعداد پرسنل بهره مند بعد از اقدام اصلاحی:

مقدار اندازه گیری قبل از اقدام اصلاحی		مقدار اندازه گیری بعد از اقدام اصلاحی		نام عامل زیان آور	
سنجش فردی	سنجش محیطی	سنجش فردی	سنجش محیطی	سنجش فردی	حدود مجاز مواجهه

تصویر قبل از انجام اقدام کنترلی

تصویر بعد از انجام اقدام کنترلی

توضیح مختصر در خصوص اقدام کنترلی صورت پذیرفته:

هزینه اقدام کنترلی (ریال):

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه‌ای شبکه:

تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی کارفرما: