|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شرکت: کارگاه/ محل کار: عمليات/ فعاليت: مميز: | | | | | |
| رديف | شرح | بلي | خير | N/A | توضيحات |
| 1 | آیا فضای فیزیکی متناسب با انجام عملیات مربوط به سلامت شغلی وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 2 | آیا مسئول فنی، پزشک متخصص طب کار در پروژه وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 3 | آیا تعداد کافی پزشک عمومی دوره دیده طب کار وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 4 | آیا پزشکان در طی دو سال اخیر دوره بازآموزی گذرانده اند؟ |  |  |  |  |
| 5 | آیا امکانات اولیه معاینه (گوشی، دستگاه سنجش فشار خون و ...) در محل وجود دارد؟ |  |  |  |  |
| 6 | آیا افراد قبل از تست ادیومتری حداقل 12 ساعت استراحت شنوایی داشته اند؟ |  |  |  |  |
| 7 | آیا شاغلین از پرونده خود و وضعیت سلامتی شان بازخوردی داشته اند؟ |  |  |  |  |
| 8 | آیا قبل از انجام اسپیرومتری، موارد منع از انجام این تست از پرسنل پرسیده شده است؟ |  |  |  |  |
| 9 | آیا روند معاینات دوره ای سال های قبل پرسنل مورد توجه قراتر گرفته است؟ |  |  |  |  |
| 10 | آیا فضای حاکم بر روند معاینات حاکی از اطمینان و اعتماد متقابل است بطوری که پرسنل به راحتی حرف هایشان را مطرح نمایند؟ |  |  |  |  |
| رديف | شرح | بلي | خير | N/A | توضيحات |
| 11 | آيا واحد از نظر تجهيزات کمک های اوليه دارای امکانات مناسب می باشد. |  |  |  |  |
| 12 | آيا تجهيزات و ابزارهای موجود برای ارائه خدمات مناسب و کافی است. |  |  |  |  |
| 13 | آيا واحد مجهز به داروهای خاص جهت اقدام در زمان بروز شرايط اضطراری می باشد. |  |  |  |  |
| 14 | آيا محل قرارگرفتن وسائل و لوازم کمک های اوليه دارای درب قفل دار می باشد. |  |  |  |  |
| 15 | آيا محل قرارگرفتن وسائل و لوازم کمک های اوليه دارای مسئول مشخصی می باشد. |  |  |  |  |
| 16 | آيا واحد در زمان بروز شرايط اضطراری قادر به ارائه خدمات اورژانس به فرد مصدوم می باشد. |  |  |  |  |
| 17 | آيا افراد مصدوم فوق به مراکز شهری و بيرونی ارجاع می شوند. |  |  |  |  |
| 18 | آيا افراد مصدوم فوق به مراکز شهری و بيرونی ارجاع می شوند. |  |  |  |  |
| 19 | آيا مراکز ارائه خدمات درمانی در سطح شهرامکانات مجهز جهت ارائه خدمات اورژانس در موارد ذکر شده را دارا می باشد. |  |  |  |  |
| 20 | آيا پرسنل درمانی در شهر از نحوه و نوع خدمات مورد نياز در مورد هريک از تماسهای سموم احتمالی افراد آگاه هستند. |  |  |  |  |
| 21 | آيا معاينات پزشکی و پيشگيرانه نظير معاينات ادواری انجام می پذيرد. |  |  |  |  |
| 22 | آيا از افراد آزمايشات ويژه تماس با سموم مانند کلين استراز صورت می گيرد. |  |  |  |  |
| 23 | اگر بلی آيا اين آزمايشات به صورت مدون انجام می پذيرد. |  |  |  |  |
| رديف | شرح | بلي | خير | N/A | توضيحات |
| 24 | آيا در واحد گزارشی از بررسی تحريکات و ناراحتی های پوستی در بين کارکنان وجود دارد. |  |  |  |  |
| 25 | آيا در واحد گزارشی از بررسی تحريکات و ناراحتی های تنفسی در بين کارکنان وجود دارد. |  |  |  |  |
| 26 | آيا برنامه ريزی مکتوب و مدونی برای بازديد جعبه های کمک های اوليه وجود دارد. |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگي بررسي كننده و امضاء: تاريخ مميزي:  پيشنهادات لازم : | | | | | |