**معاونت خدمات شهری( مدیریت هماهنگی و نظارت)**

نام شرکت : ................................... نام و نام خانوادگی مدیرعامل: ............................................................

کارشناس بهداشت : ................................

مدرک تحصیلی: .......................................

| ردیف | عنوان | وضعیت | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| عمومی | **نوبت اول** | **نوبت دوم** | **نوبت سوم** |
| **تاریخ** | **تاریخ** | **تاریخ** |
| 1 | آیا اطلاعات پرسنلی و فنی لازم از شاغلین جهت بررسی وضعیت شغلی آنان وجود دارد؟ |  |  |  |
| 2 | آیا با کارشناسان بهداشت حرفه ای مراکز بهداشت همکاری لازم را دارد؟ |  |  |  |
| آموزش | |  |  |  |
| 3 | آیا برنامه ریزی آموزشی بهداشت شغلی در مورد عوامل زیان آور محیط کار برای شاغلین و سرکارگران بصورت مدون وجود دارد؟ |  |  |  |
| 4 | آیا از وسایل و مواد کمک آموزشی اعم از پوستر ، پمفلت ، جزوه و ... برای ارتقاء سطح آگاهی شاغلین استفاده می شود؟ |  |  |  |
| 5 | آیا در برنامه های اعلام شده از سوی کارفرما شرکت می کند؟ |  |  |  |
| 6 | آیا از برنامه آمادگی و واکنش در مواقع اضطراری ( حوادث شغلی و ...) آگاهی دارد؟ |  |  |  |
| 7 | آیا اطلاع رسانی به شاغلین در مورد برنامه آمادگی و واکنش در مواقع اضطراری را انجام می دهد ؟ |  |  |  |
| **طب کار** | |  |  |  |
| 8 | آیا پرونده بهداشتی برای کلیه شاغلین تشکیل و به نحو مطلوب بایگانی شده است ؟ |  |  |  |
| 9 | آیا پیگیری لازم برای انجام معاینات قبل از استخدام و معاینات ادواری برای شاغلین انجام می گیرد ؟ |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بهداشت حرفه ای** | | | | | |
| 10 | آیا پیگیری اطلاعات شغلی کلیه شاغلین و نتایج معاینات انجام شده به طور دقیق در فرم معاینات کارگری شاغلین ثبت می گردد؟ | |  |  |  |
| 11 | آیا هماهنگی و همکاری لازم با پزشک دوره دیده طب کار وجود دارد؟ | |  |  |  |
| 12 | آیا نتایج معاینات ادواری و واکسیناسیون به کارفرما اعلام می شود؟ | |  |  |  |
| 13 | آیا موارد مشکوک به بیماریهای حرفه ای از طریق پیمانکار به کارفرما گزارش می شود؟ | |  |  |  |
| 14 | آیا پیگیری لازم در خصوص ارائه خدمات اورژانس به شاغلین وجود دارد؟ | |  |  |  |
| 15 | آیا میزان بروز و شیوع بیماریهای ناشی از کار ثبت، بررسی و پیگیری می شود؟ | |  |  |  |
| 16 | آیا نظارت کافی بر استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی انجام می گیرد؟ | |  |  |  |
| 17 | آیا وسایل حفاظت فردی در اختیار شاغلین با نظارت مسئول بهداشت حرفه ای و با نظر فنی وی در خصوص نوع، تعداد و چگونگی آن خریداری می گردد؟ | |  |  |  |
| 18 | آیا پیگیری لازم جهت تشکیل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار را انجام می دهد؟ | |  |  |  |
| 19 | آیا پیگیریهای لازم در جهت اجرای مصوبات کمیته انجام می گیرد؟ | |  |  |  |
| ردیف | عنوان | | وضعیت | | |
| **نوبت اول** | **نوبت دوم** | **نوبت سوم** |
| **تاریخ** | **تاریخ** | **تاریخ** |
| 20 | آیا ضریب تکرار و ضریب شدت سالانه حوادث کارگاهی ثبت، بررسی و پیگیری می گردد؟ | |  |  |  |
| 21 | آیا همکاری لازم با کارشناسان بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت به منظور بررسی شناخت و تهیه مستندات مربوط به مشاغل سخت وزیان آور در کارگاه وجود دارد؟ | |  |  |  |
| 22 | آیا همکاری در خصوص رعایت اصول ایمنی در محیط کار وجود دارد؟ | |  |  |  |
| 23 | آیا تجهیزات کمکهای اولیه موجود می باشد؟ | |  |  |  |
| 24 | آیا واکسیناسیون بصورت دوره ای پیگیری و انجام می شود؟ | |  |  |  |
| 25 | آیا مستندات تحویل وسایل حفاظت فردی (کفش، لباس کار،شبرنگ، چکمه، دستکش، کلاه ، ماسک فیلتردار مناسب) به تعداد براساس دفترچه پیمان موجود است؟ | |  |  |  |
| 26 | آیا عدم استفاده از وسایل حفاظت فردی در بین کارگران شرکت در سطح شهر توسط کارشناس کارفرما مشاهده می شود؟ | |  |  |  |
|  | **کارشناس بهداشت حرفه ای پیمانکار**  **امضاء** | **کارشناس بهداشت معاونت خدمات شهری**  **امضاء** |  |  |  |