باسمه تعالي

**معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک**

**مركز بهداشت استان**

**گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای**

**پيش‌نويس و برنامه‌عملياتي معاينات دوره‌اي**

تاريخ تكميل : ..................... صفحه يك از .........

تاریخ آخرین معاینات دوره ای انجام شده: : ...................................

**1- مشخصات كارگاه :**

نام كارگاه : ............................................................................. / نام كارفرما : ................................................................ / تعداد كل كارگران : ................. نفر

**2- مشخصات برنامه :**

الف - **عنوان برنامه** : انجام معاينات دوره‌اي كارگران در سال ...........................

ب- **اهداف برنامه** : 1- ..............................................................................................................................................................................................................................................

2- ............................................................................................................................................................................................................................................

3- ...........................................................................................................................................................................................................................................

**ج- مرکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات :**

🖵مرکزتخصصی نام مرکز : ................................ / نام مسئول‌فنی : ...................................................

🖵 پزشک عمومی نام پزشک: ................................

🖵پزشک واحد کاری نام پزشک : ................................

آزمایشگاه تشخیص‌طبی : ................................

متخصص اسپیرومتری : ............................................

ادیولوژیست : .............................................

کارشناس بهداشت حرفه ای : ............................................

**د- نحوه انجام معاينات :** . ........................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................

**3- امكانات و تجهيزات موجود در كارگاه ، جهت انجام معاينات دوره‌اي\* :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان | | وضعیت | عنوان | | وضعیت |
| اتاق آکوستییک دارای تأییدیه | | بلی 🖵 خیر 🖵 | سالن انتظار مراجعین | | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| اتاق ادیومتری اسکرینینگ دارای تأییدیه | | بلی 🖵 خیر 🖵 | صندلی جهت سالن انتظار | | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| اتاق  ‌اسپیرومتری | شرایط مناسب (تهویه) | بلی 🖵 خیر 🖵 | اتاق نمونه‌گیری | شرایط مناسب | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| سطل زباله دردار | بلی 🖵 خیر 🖵 | تخت | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| میزوصندلی | بلی 🖵 خیر 🖵 | پاراوان | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| اتاق پزشک | شرایط مناسب (مساحت،روشنایی) | بلی 🖵 خیر 🖵 | صندلی نمونه‌گیری | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| میزوصندلی | بلی 🖵 خیر 🖵 | سطل زباله دردار | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| تخت معاینه | بلی 🖵 خیر 🖵 | میز نمونه‌ها | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| پاراوان | بلی 🖵 خیر 🖵 | اتاق مناسب تکمیل پرونده‌پزشکی | | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| سطل زباله دردار | بلی 🖵 خیر 🖵 | میز و صندلی اتاق تکمیل پرونده | | بلی 🖵 خیر 🖵 |
| ترازو | بلی 🖵 خیر 🖵 |  | |  |
| قدسنج | بلی 🖵 خیر 🖵 |  | |  |

\* شرایط لازم آنها در ضوابط معاینات سلامت شغلی اعلام شده است .

**4- شرح فعالیتهای مرتبط با برنامه معاینات :** صفحه ......... از ........

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | عنوان فعاليت | اجراكننده | تاريخ شروع | تاريخ پايان | ساعت اجرا | محل اجرا |
|  | انعقاد قرارداد |  |  |  |  |  |
|  | بازديد كارگاه توسط کارشناس بهداشت حرفه‌ای و مسئول فنی طب‌کار یا پزشک معاینه‌کننده و بررسي مشاغل |  |  |  |  |  |
| 1. \* | انعقاد قرارداد با آزمایشگاه |  |  |  |  |  |
| 1. \* | انعقاد قرارداد اسپیرومتری |  |  |  |  |  |
| 1. \* | انعقاد قرارداد ادیومتری |  |  |  |  |  |
| 1. \* | انعقاد قرارداد اپتومتری |  |  |  |  |  |
|  | تدوين برنامه عملياتي معاينات |  |  |  |  |  |
|  | ارسال برنامه عملياتي و قرارداد به مركز بهداشت شهرستان |  |  |  |  |  |
|  | بررسي آخرين گزارش اندازه‌گيري عوامل زيان‌آور محيط‌كار ، كه به تأييد مركز بهداشت شهرستان رسيده‌است |  |  |  |  |  |
|  | تكميل صفحه اول فرم معاينات |  |  |  |  |  |
|  | انجام معاينات بالینی شاغلين |  |  |  |  |  |
|  | انجام آزمايشهاي موردنياز |  |  |  |  |  |
|  | جمع‌آوري نتايج آزمايشهاي انجام‌شده |  |  |  |  |  |
|  | ثبت نتايج آزمايشها و معاینات پاراکلینیک در فرم معاينات |  |  |  |  |  |
|  | تكميل نظريه پزشك كار - ويزيت دوم |  |  |  |  |  |
|  | تكميل فرم‌هاي ارجاع به متخصص يا مراكز پاراكلينيك تخصصي |  |  |  |  |  |
|  | پيگيري ارجاعات انجام‌شده |  |  |  |  |  |
|  | تهيه پسخوراندهاي معاينات (شامل فرم آماري3-111 ، خلاصه نتايج معاينات ، لیست ارجاعات تخصصی ، فاكتور هزينه‌ها) |  |  |  |  |  |
|  | ارسال پسخوراندهاي معاينات به كارفرما |  |  |  |  |  |

\*درصورت ارایه خدمات توسط پزشک واحد کاری یا پزشک عمومی دارای مطب این قسمتها تکمیل گردد .

صفحه ......... از ........

**5- بررسي محيط‌كار :**

تعداد کل شاغلین : ............. / اندازه‌گيري تأييدشده عوامل زيان‌آور: دارد🖵 ندارد🖵 سال انجام اندازه‌گیری : ............................... / تاریخ بازدید : .....................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | عنوان شغل | تعدادشاغل | عوامل و شرايط زيان‌آور عمده | پايشهاي بيولوژيك تماس پيشنهادي |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* نام و نام‌خانوادگي تکمیل کننده فرم : تاريخ و امضا :

\*\* این فرم توسط مسئول بهداشت حرفه ای صنعت و در صورت عدم شمول کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و نبود مسئول بهداشت حرفه ای در صنایع ، توسط کارشناس بهداشت حرفه ای مرکز/مطب تکمیل گردیده و حداقل 3 روز کاری قبل از معاینات دوره ای به مرکز بهداشت مربوطه ارسال می گردد.

\*\*\*در صورت انجام معاینات دوره ای در سال گذشته ، فرم 3-111 (فرم بیماریابی معاینات دوره ای) پیوست گردد.