**معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی،درمانی استان مرکزی**

**چک لیست برنامه خوداظهاری کارفرمایان درزمینه بهداشت‌کار -** مرکزبهداشت شهرستان : ..................................

|  |  |
| --- | --- |
| **تاریخ تکمیل :** | **اطلاعات عمومی** |
| 1) نام کارگاه : ........................................... 2) نام کارفرما/ مدیر عامل : .............................................................. 3) کدملی : ................................................ 4) تلفن : ................................................... 5) آدرس : .................................................................................................................................................... 6) ایمیل : ................................................................ 7) نمابر : ................................................. 8) کدپستی ده رقمی‌ : .............................................. 9) تاریخ راه‌اندازی : / / 10) تعداد شاغلین مرد (روز کار : ........... نوبت‌کار : ........... پاره وقت : ..........) 11) تعداد شاغلین زن (روزکار : ............ نوبت کار : ........... پاره‌وقت : .............) 12) تشکیلات بهداشتی موجود : ایستگاه بهگر خانه بهداشت کارگری مرکز بهداشت‌کار کمیته حفاظت‌فنی و بهداشت‌کار | |

**\* تذکر مهم : چک لیست تکمیل‌شده سؤالات عمومی ‌و اختصاصی باید توسط کارفرما امضا شود.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عناوین سوالات | **نظر كارفرما / نماینده کارفرما** | | | **نظر كارشناس** | | | عدم کاربرد |
| بله | خیر | ناقص | بله | خیر | ناقص |
| 1 | جلسات کمیته حفاظت‌فنی و بهداشت‌کار کارگاه به‌صورت ماهانه و منظم برگزار می‌شود؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | مصوبات کمیته حفاظت‌فنی و بهداشت‌کار پیگیری و اجرا می‌شود؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | آمار و اطلاعات خواسته‌شده توسط مرکز بهداشت بموقع و مرتب ارسال می‌شود؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | مستندات لازم درخصوص اجرای برنامه‌های بهداشتی (کنترل، بهسازی، اندازه‌گیری و ارزیابی عوامل زیان‌آور، آموزش و معاینات شاغلین) به نحو مناسبی در کارگاه ثبت و نگهداری می‌شود؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | معاینات قبل‌از‌ازاستخدام برای کارکنان جدید انجام و سوابق آن ثبت و نگهداری می‌شود؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | معاینات پزشکی و آزمایشهای لازم برای کلیه شاغلین درمواجهه با عوامل زیان‌آور انجام گردیده‌است؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | باتوجه به نتایج واصله از ارجاعات پزشکی، اقدامات لازم (درمان، تغییر شغل، چرخشی شدن کار و...) انجام‌شده‌است؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | در شرایط خاص، خدمات اورژانسی و وسایل کمکهای‌اولیه برای کارکنان وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | کارکنان درمقابل بیماریهای واگیر باتوجه به شغل (هپاتیت B و C-کزاز-آنفلوآنزا و...) واکسینه شده‌اند؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | در کارگاه‌هایی که با موادغذایی، روغنی و مواد خورنده کار می‌کنند، دیوارها قابل‌شستشو می‌باشد؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | آشپزخانه مجهز به انبار مواد غذایی، یخچال یا سردخانه با شرایط استاندارد می‌باشد؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | کلیه کارگرانی که با تهیه، پخت و توزیع غذا سروکار دارند بهداشت فردی را رعایت و دارای لباس و کلاه (سربند) مناسب، کارت بهداشتی و گواهینامه دوره‌‌های بهداشت عمومی‌می‌باشند؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | شستشو، نظافت و سمپاشی در مکانهای موردنیاز به‌طورمرتب انجام می‌شود؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | توالت و روشویی دارای شرایط و ضوابط بهداشتی (کاشی-تهویه عمومی-روشنایی مناسب- سطل زباله دربدار-مایع دستشویی-نظافت) می‌باشد؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | حمام / دوش با شرایط و ضوابط بهداشتی وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | در صورتی‌که کارگاه متصل به آب شهری یا روستایی نباشد، آب آشامیدنی بهداشتی در دسترس کارکنان قرار دارد (کلرزنی آب، تست میکروبی و تست کلر باقیمانده به‌صورت مرتب) ؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | سیستم سرمایشی و گرمایشی با توجه به نوع کار و فصل در کارگاه وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | زباله، مواد زائد صنعتی، پساب و فاضلاب طبق ضوابط بهداشتی جمع‌آوری و دفع می‌گردد؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | تابلوها و پوسترهای هشداردهنده بهداشتی در مکانهای مناسب و در ارتفاع صحیح نصب شده است؟ |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | در مورد منع مصرف سیگار اقدامات و نظارتهای لازم صورت گرفته است؟ |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **چک لیست سئوالات اختصاصی كارگاه** | | | | | | | |  |
| **عدم کاربرد** | **نظرکارشناس** | | | **نظر نماینده کارفرما** | | | **عناوین سئوالات** |  |
| **ناقص** | **خیر** | **بله** | **ناقص** | **خیر** | **بلی** |
|  |  |  |  |  |  |  | در کارگاه عوامل زیان آور شیمیایی وجود دارد؟ | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  | جدول فهرست برداری مواد شیمیایی مورد استفاده در کارگاه تهیه شده است؟ | 2 |
|  |  |  |  |  |  |  | ظروف حاوی مواد شیمیایی خطرناک دارای برچسب معتبر می‌باشند؟ | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  | برگه اطلاعات ایمنی (SDS) در دسترس کارکنان قرار دارد؟ | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  | انبار اختصاصی مواد شیمیایی مطابق استاندارد وجود دارد؟ | 5 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای کاهش مواجهه شاغلین با آلاینده‌های شیمیایی تا حدودمجاز، اقدامات کنترلی انجام شده است؟ | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  | در صورت نیاز به حمل دستی موادشیمیایی از ظروف دربسته با وزن مجاز و دارای دسته جهت حمل‌ونقل آسان استفاده می‌شود؟ | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای کلیه شاغلینی که درمعرض آلاینده‌های شیمیایی قراردارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه شده و مورداستفاده قرار می‌گیرد؟ | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  | شاغلین در مواجهه با صدای زیان‌آور قرار دارند؟ | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای کاهش مواجهه با صدا تا حدودمجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟ | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای شاغلینی که درمعرض صدای زیان‌آور قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده‌است؟ | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  | شاغلین در مواجهه با ارتعاش می‌باشند؟ | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای کاهش مواجهه شاغلین با ارتعاش تا حدودمجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟ | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای شاغلینی که در معرض ارتعاش بیش از حد مجاز قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟ | 14 |
|  |  |  |  |  |  |  | روشنایی کارگاه مناسب است؟ | 15 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای اصلاح روشنایی نامناسب اقدام شده است؟ | 16 |
|  |  |  |  |  |  |  | شاغلین در مواجهه با پرتوهای زیان آور قرار دارند؟ | 17 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای کاهش مواجهه شاغلین با پرتوها به میزان مجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟ | 18 |
|  |  |  |  |  |  |  | میزان دما و رطوبت محل کار مناسب است؟ | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای تنظیم دما و رطوبت محیط کار به میزان مطلوب اقدامات کنترلی انجام شده است؟ | 20 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای کلیه شاغلینی که در مواجهه با استرسهای حرارتی بیش از حد مجاز قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیارشان قرار داده شده است؟ | 21 |
|  |  |  |  |  |  |  | شاغلین در معرض عوامل بیولوژیکی (قارچ، باکتري، ویروس، ریکتزیا، انگل و..) زیان‌آور قرار دارند؟ | 22 |
|  |  |  |  |  |  |  | برای کلیه شاغلینی که درمعرض آلاینده‌های بیولوژیکی قراردارند، وسایل حفاظت‌فردی مناسب تأمین شده و مورداستفاده قرار می‌گیرد؟ | 23 |
|  |  |  |  |  |  |  | ایستگاه کار برای کارگران مناسب است؟ | 24 |
|  |  |  |  |  |  |  | فرایند کار به‌گونه‌ای است که شاغلین ناچار به انجام حرکات تکراری شوند؟ | 25 |
|  |  |  |  |  |  |  | شاغلین در وضعیت بدنی مناسبی کار می‌کنند؟ | 26 |
|  |  |  |  |  |  |  | شاغلین از ابزاردستی مناسب استفاده می‌کنند؟ | 27 |
|  |  |  |  |  |  |  | تخلیه، بارگیری و حمل دستی بار در وزن مجاز و به صورت صحیح انجام می‌شود؟ | 28 |
|  |  |  |  |  |  |  | عوامل خطر مرتبط با ارگونومی‌در محل کار اصلاح شده است؟ | 29 |

**-=آموزش و ارتقای آگاهی كارگران :**

|  |  |
| --- | --- |
| کدامیک از دوره‌‌های آموزشی زیر توسط کارفرما برای کارکنان برگزار شده‌است : نحوه صحیح و ایمن کار با موادشیمیایی نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی خودمراقبتی دربرابر مضرات و پیامدهای ناشی از مواجهه با عوامل زیان‌آور محیطکار (فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و ارگونومیکی)  | **30** |

کارفرمای محترم، لطفاً مهلت زمان پیشنهادی خود را برای رفع نواقص بهداشتی مندرج در این چک‌لیست، اعلام نمایید :

**نام و نام خانوادگی و امضای کارفرما : تاریخ :**