|  |
| --- |
|  **اطلاعات عمومی تاریخ تکمیل:** |
| **نام کارگاه: نام کارفرما : آدرس : تلفن :**  |
| **ایمیل : نمابر: کد پستی : تاریخ راه اندازی:**  |
| **تعدا شاغلین مرد روزکار : نوبت کار: پاره وقت: تعدا شاغلین زن روزکار : نوبت کار: پاره وقت:**  |
| **نوع تشکیلات بهداشتی : ایستگاه بهگر خانه بهداشت کارگری مرکز بهداشت کار دارای کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار**  |
| **تذکر مهم : چک لیست سوالات عمومی و اختصاصی باید توسط کارفرما امضاء شود** |
| **ردیف** | **عناوین سئوالات عمومی**  | **نظر نماینده كارفرما** | **نظرکارشناس** | **عدم کاربرد** |
|
|
| **بلی** | **خیر** | **ناقص** | **بلی** | **خیر** | **ناقص** |
| **1** | **آیا جلسات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار کارگاه به صورت ماهانه و منظم برگزار می شود؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **آیا مصوبات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار پیگیری و اجرا می شود؟**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **آیا آمار و اطلاعات خواسته شده توسط مراکز بهداشتی به موقع و بطور مرتب ارسال میشود؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **آیا مستندات لازم در خصوص اجرای برنامه های بهداشتی )کنترل ، بهسازی، اندازه گیری و ارزیابی عوامل زیان- آور، آموزش و معاینات شاغلین( در کارگاه ثبت و نگهداری می شود؟**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **آیا معاینات قبل از استخدام برای کارکنان جدید انجام و سوابق آن ثبت و نگهداری می شود؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **آیا معاینات پزشکی و آزمایشات لازم برای کلیه شاغلین در مواجهه با عوامل زیان آور انجام گردیده است؟**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **آیا با توجه به نتایج واصله از ارجاعات پزشکی، اقدامات لازم درمان، تغییر شغل، چرخشی شدن کار و... انجام شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **آیا در شرایط خاص خدمات اورژانسی و وسایل کمکهای اولیه برای کارکنان وجود دارد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **آیا کارکنان در مقابل بیماریهای واگیر با توجه به شغل ) هپاتیت B و C -کزاز-آنفلوآنزا و ... ( واکسینه شده اند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **آیا در کارگاههایی که با مواد غذایی، روغنی و مواد خورنده کار میکنند دیوارها قابل شستشو می باشد؟**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **آیا آشپزخانه مجهز به انبار مواد غذایی، یخچال یا سرد خانه با شرایط استاندارد می باشد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **آیا کلیه کارگرانی که با تهیه، پخت و توزیع غذا سر و کار دارند بهداشت فردی را رعایت نموده و دارای لباس و کلاه )سربند( مناسب کار، کارت بهداشتی و گواهینامه دوره های بهداشت عمومی میباشند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **آیا شستشو، نظافت و سمپاشی در مکانهای مورد نیاز بطور مرتب انجام می شود؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **آیا توالت و روشویی دارای شرایط و ضوابط بهداشتی (کاشی-تهویه عمومی- روشنایی مناسب- سطل زباله دربدار- مایع دستشویی- نظافت)می باشد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **آیا حمام / دوش با شرایط و ضوابط بهداشتی وجود دارد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **در صورتیکه کارگاه متصل به آب شهری یا روستایی نباشد آیا آب اشامیدنی بهداشتی در دسترس کارکنان قرار دارد؟ (کلرزنی آب، تست میکروبی و تست کلر باقیمانده)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **آیا سیستم سرمایشی و گرمایشی با توجه به نوع کار و فصل در کارگاه وجود دارد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **آیا زباله، مواد زائد صنعتی، پساب و فاضلاب بر طبق ضوابط بهداشتی جمع آوری و دفع می گردد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **آیا تابلوها و پوسترهای هشدار دهنده بهداشتی در مکانهای مناسب و در ارتفاع صحیح نصب شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **آیا در مورد منع مصرف سیگار اقدامات و نظارت های لازم صورت گرفته است؟** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عناوین سئوالات اختصاصی** | **نظر نماینده كارفرما** | **نظربازرس** | **عدم کاربرد** |
|
| **بلی** | **خیر** | **ناقص** | **بلی** | **خیر** | **ناقص** |
| **1** | **آیا در کارگاه عوامل زیان آور شیمیایی وجود دارد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **آیا جدول فهرست برداری مواد شیمیایی مورد استفاده در کارگاه تهیه شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **آیا ظروف حاوی مواد شیمیایی خطرناک دارای برچسب معتبر می باشند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **آیا برگه اطلاعات ایمنی ( SDS ) در دسترس کارکنان قرار دارد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **آیا انبار اختصاصی مواد شیمیایی مطابق استاندارد وجود دارد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **آیا برای کاهش آلاینده های شیمیایی به میزان مجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **آیا در صورت نیاز به حمل دستی مواد شیمیایی از ظروف در بسته، با وزن مجاز و دارای دسته جهت حمل و نقل آسان استفاده می شود؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **آیا برای کلیه شاغلینی که در معرض آلاینده های شیمیایی قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه شده و مورد استفاده قرار می گیرد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **آیا شاغلین در مواجهه با صدای زیان آور قرار دارند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **آیا برای کاهش صدا به میزان مجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **آیا برای شاغلینی که در معرض صدای زیان آور قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تهیه و در اختیار آنان قرار داده شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **آیا شاغلین در مواجهه با ارتعاش می باشند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **آیا برای کاهش ارتعاش به میزان مجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **آیا 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؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **آیا روشنایی کارگاه مناسب است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **آیا برای اصلاح روشنایی نامناسب اقدام شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **آیا شاغلین در مواجهه با پرتوهای زیان آور قرار دارند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **آیا برای کاهش مواجهه شاغلین با پرتوها به میزان مجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **آیا میزان دما و رطوبت محل کار مناسب است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **آیا برای تنظیم دما و رطوبت محیط کار به میزان مطلوب اقدامات کنترلی انجام شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **آیا 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؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **آیا شاغلین در معرض عوامل بیولوژیکی زیان آور (قارچ، باکتري، ویروس، ریکتزیا، انگل و..)قرار دارند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **23** | **آیا برای کلیه شاغلینی که در معرض آلایندههای بیولوژیکی قرار دارند وسایل حفاظت فردی مناسب تأمین شده و مورد استفاده قرار می گیرد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **24** | **آیا ایستگاه کار برای کارگران مناسب است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **25** | **آیا فرایند کار به گونه ای است که شاغلین ناچار به انجام حرکات تکراری شوند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **26** | **آیا شاغلین در وضعیت بدنی مناسبی کار می کنند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **27** | **آیا شاغلین از ابزار کار مناسب استفاده می کنند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **28** | **آیا تخلیه، بارگیری و حمل دستی بار در وزن مجاز و به صورت صحیح انجام می شود؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **29** | **آیا عوامل خطر مرتبط با ارگونومی در محل کار اصلاح شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| **آموزش و ارتقاء آگاهی كارگران** |
| **کدامیک از دوره های آموزشی زیر توسط کارفرما برای کارکنان برگزار شده است ؟ نحوه صحیح و ایمن کار با مواد شیمیایی🖵 نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی🖵** **خود مراقبتی در برابر مضرات و پیامدهای ناشی از مواجهه با عوامل زیان آورمحیط کار(فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و ارگونومیکی) 🖵**  |

کارفرمای محترم لطفا مهلت زمان پیشنهادی خود را برای رفع نواقص بهداشتی مندرج در این چک لیست اعلام نمایید:

**نام و نام خانوادگی و امضائ کارفرما**