



معاونت بهداشتی دانشگاه شهید بهشتی

چک لیست سوالات خوداظهاری بهداشت حرفه ای در مرکز درمانی: .....

اطلاعات عمومی			تاریخ تکمیل: / /
نام مرکز درمانی:	نوع مرکز:	عمومی <input type="checkbox"/> تک تخصصی <input type="checkbox"/> چند تخصصی <input type="checkbox"/>	
نام و نام خانوادگی مدیریت:	نوع مالکیت:	خصوصی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/>	
کد ملی مدیریت:	کد پستی ده رقمی:	تاریخ راه اندازی: / / تاریخ انقضای پروانه: / /	
تلفن:	نمابر:	نشانی:	
تلفن همراه مدیریت:	ایمیل:		
تعداد کل شاغلین مرد:	روز کار:	نوبت کار:	پاره وقت:
تعداد کل شاغلین زن:	روز کار:	نوبت کار:	پاره وقت:
آیا شامل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار میشود: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای: تلفن همراه کارشناس بهداشت حرفه ای:			
<b>*تذکر مهم: چک لیست تکمیل شده می بایست توسط مدیریت مرکز درمانی امضا و مهر گردد.</b>			
ردیف	عناوین سوالات		
	بلی	خیر	عدم موضوعیت
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			
۱۶			
۱۷			
۱۸			
۱۹			

۲۰	آیا جدول فهرست برداری مواد شیمیایی مورد استفاده در مرکز درمانی تهیه شده است؟		
۲۱	آیا ظروف حاوی مواد شیمیایی خطرناک دارای برچسب معتبر می باشند؟		
۲۲	آیا برگه اطلاعات ایمنی (SDS) در دسترس کارکنان قرار دارد؟		
۲۳	آیا انبار اختصاصی مواد شیمیایی مطابق استاندارد وجود دارد؟		
۲۴	آیا برای کاهش آلاینده های شیمیایی به میزان مجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟		
۲۵	آیا برای کلیه شاغلینی که در معرض آلاینده های شیمیایی قرار دارند و سایل حفاظت فردی مناسب تهیه شده و مورد استفاده قرار میگیرد؟		
۲۶	آیا روشنایی مرکز درمانی مناسب است؟		
۲۷	آیا برای اصلاح روشنایی نامناسب اقدام شده است؟		
۲۸	آیا شاغلین در مواجهه با پرتوهای زیان آور قرار دارند؟		
۲۹	ایکس <input type="checkbox"/> گاما <input type="checkbox"/> آلفا <input type="checkbox"/> بتا <input type="checkbox"/> ماکروویو <input type="checkbox"/> رادیویی <input type="checkbox"/> میدان مغناطیسی <input type="checkbox"/> UV <input type="checkbox"/> IR <input type="checkbox"/>		
۳۰	آیا برای کاهش مواجهه شاغلین با پرتوها به میزان مجاز اقدامات کنترلی انجام شده است؟		
۳۱	آیا میزان دما و رطوبت محل کار مناسب است؟		
۳۲	آیا برای تنظیم دما و رطوبت محیط کار به میزان مطلوب اقدامات کنترلی انجام شده است؟		
۳۳	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؟		
۳۴	آیا شاغلین در معرض عوامل بیولوژیکی (قارچ، باکتری، ویروس، ریکتزیا، انگل و زبان اور قرار دارند؟		
۳۵	آیا برای کلیه شاغلینی که در معرض آلاینده های بیولوژیکی قرار دارند و سایل حفاظت فردی مناسب تامین شده و مورد استفاده قرار میگیرد؟		
۳۶	آیا شاغلین در وضعیت بدنی مناسبی کار می کنند؟		
۳۷	آیا تخلیه، بارگیری و حمل دستی بار در وزن مجاز و به صورت صحیح انجام می شود؟		
۳۸	آیا عوامل خطر مرتبط با ارگونومی در محل کار اصلاح شده است؟ (اصلاح صندلی-میز-حمل بیمار)		
۳۹	آیا مجوز های ایمنی از مراجع ذیصلاح ( اداره کار - آتشنشانی- شهرداری ) اخذ شده است ؟ از قبیل مخازن تحت فشار- ایمنی برق- آسانسور ها- ایمنی ساختمان و غیره		
۴۰	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 آور محیط کار (فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و ارگونومیک) نام ببرید :		
<b>امضا مدیریت:</b>		<b>مهر مرکز درمانی:</b>	