|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بسمه تعالی | | | | | | | | | | | | | | |
| وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی- مرکز سلامت محیط و کار | | | | | | | | | | | | | | |
| معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی................................. | | | | | | | | | | | | | | |
| مرکز بهداشت شهرستان...................................مرکز خدمات جامع سلامت........................................سال...... | | | | | | | | | | | | | | |
| **فرم گزارش اقدامات اصلاحی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی و مستندات مربوطه** | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام واحد :** | | | | | | | **نام کارفرما:** | | | | | | | |
| **نام زیر واحد:** | | | | | | | **آدرس:** | | | | | | | |
| **کد واحد:** | | | | | | | **تلفن:** | | | | | | | |
| **نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای: تلفن (ثابت و موبایل) کارشناس: آدرس ایمیل کارشناس:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **جدول ثبت نتایج اصلاح ریسک فاکتورهای ارگونومیکی (ثبت تعداد شاغلین به تفکیک اقدام اصلاحی برای هر ریسک فاکتور):** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ایستگاه کار نامناسب/ وضعیت بدنی نامناسب** | | **بلند کردن/ پایین آوردن بار** | | | | | **کشیدن بار** | | | | **هل دادن بار** | | | |
| **اصلاح ایستگاه کارنامناسب/ اصلاح وضعیت بدنی نامناسب** | **کنترل های مدیریتی** | **کاهش وزن بار** | **استغاده از وسایل و تجهیزات کمکی حمل بار** | **مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار** | **تغییر در شرایط حمل بار** | **کنترل های مدیریتی** | **کاهش وزن بار** | **مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار** | **تغییر در شرایط حمل بار** | **کنترل های مدیریتی** | **کاهش وزن بار** | **مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار** | **تغییر در شرایط حمل بار** | **کنترل های مدیریتی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **حمل بار** | | | | | | | | | **ابزار کار نامناسب** | | **حرکات تکراری** | |  |  |  |  |
|  |  | **کاهش وزن بار** | **استغاده از وسایل و تجهیزات کمکی حمل بار** | **مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار** | | | **تغییر در شرایط حمل بار** | | **کنترل های مدیریتی** | | **استفاده از ابزار کار مناسب** | **کنترل های مدیریتی** | **کاهش حرکات تکراری** | **کنترل های مدیریتی** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| جدول مربوط به مستندات اقدامات اصلاحی ارگونومیکی به تفکیک هر ایستگاه کاری | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نوع ریسک فاکتور** | | | | **روش ارزیابی مورد استفاده قبل از انجام اقدام اصلاحی** | | | | | | | | | **میزان سطح ریسک موجود قبل از انجام اقدام اصلاحی** | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| **تاریخ ارزیابی اولیه: تاریخ انجام اقدام اصلاحی: تاریخ ارزیابی ثانویه:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تصویر ایستگاه کاری قبل از انجام اقدامات اصلاحی** | | | | | | | | | | **تصویر ایستگاه کاری بعد از انجام اقدام اصلاحی** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| شرح اقدامات اصلاحی: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| میزان سطح ریسک پس از انجام اقدام اصلاحی (حاصل از انجام ارزیابی ثانویه) | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **توجه: این صفحه می بایست به ازای هر ایستگاه کاری که در آن اقدام اصلاحی انجام شده است، تکمیل و در صفحه آخر، تاریخ تکمیل فرم و امضاها درج گردند.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تاریخ تکمیل فرم: / /** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای ارزیابی کننده نام و امضاء مدیر شرکت ارزیابی کننده/صنعت امضاء کارشناس ناظر بهداشت حرفه ای** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |