|  |
| --- |
| 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**  |