|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 شناسایی و ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی و آموزش های ارائه شده** | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام واحد : تعداد کل شاغلین:** | | | | | | | **نام کارفرما:** | | | | | | | |
| **نام زیر واحد: تعداد شاغلین:** | | | | | | | **آدرس:** | | | | | | | |
| **کد واحد:** | | | | | | | **تلفن:** | | | | | | | |
| **تاریخ ارزیابی : نام و نام خانوادگی کارشناس ارزیابی کننده: تلفن (ثابت و موبایل) کارشناس:**  **آدرس ایمیل کارشناس:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ثبت اطلاعات مربوط به آموزش شاغلین:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **موضوع آموزش** | | | **ارگونومی** | | | **بیماری اسکلتی و عضلانی** | | |  | | |  | | |
| **تعداد ساعت آموزش** | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| **تعداد شاغلین آموزش دیده** | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| **ثبت اطلاعات مربوط به شناسایی و ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی:** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نوع ریسک فاکتور ارگونومیکی** | | | | | **ایستگاه کار نامناسب/وضعیت بدنی نامناسب** | | **بلند کردن / پایین آوردن بار** | | **کشیدن بار** | **هل دادن بار** | **حمل بار** | **ابزار کار نامناسب** | | **حرکات تکراری** |
| **تعداد شاغلین در مواجهه (با نظر کارشناس)** | | | | |  | |  | |  |  |  |  | |  |
| **تعداد کل شاغلین ارزیابی شده در ریسک فاکتور مورد نظر** | | | | |  | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ثبت اطلاعات مربوط به آنالیز شغلی (ترجیحا با استفاده از روش HTA):** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد عناوین شغلی موجود در کارگاه** | | | **تعداد کل وظایف شناسایی شده** | | | **تعداد زیر وظایف شناسایی شده** | | | **تعداد آنالیز شغلی انجام شده برای عناوین شغلی** | | | **تعداد آنالیز زمانی انجام شده برای عناوین شغلی** | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **جدول ثبت نتایج ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی (ثبت تعداد شاغلین ب تفکیک سطوح خطر مربوطه درروش های ارزیابی):** | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| **ارزیابی پوسچر به روشRulA** | | | | | | **ارزیابی پوسچر به روشREBA** | | | | | | | **ارزیابی پوسچر به روش QEC** | | | | |
| **تعداد کل** |  | **سطح 1** | **سطح**  **2** | **سطح 3** | **سطح**  **4** | **تعداد کل** |  | **سطح**  **0** | **سطح**  **1** | **سطح**  **2** | **سطح**  **3** | **سطح 4** | **تعداد کل** | **کمتر از 40 درصد** | **41-50 درصد** | **51-70 درصد** | **بیش از 70 درصد** |
|  | **R** |  |  |  |  |  | **R** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **L** |  |  |  |  |  | **L** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **منظور از R و L سمت راست و چپ بدن است** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارزیابی پوسچر به روشROSA** | | | **ارزیابی حمل بار به روشOWAS** | | | | | **ارزیابی حمل بار به روشWISHA** | | | **ارزیابی حمل بار به روش NIOSH** | | | | |  |  |
| **تعداد کل** | **امتیاز کمتر از 5** | **امتیاز 5 و بالاتر** | **تعداد کل** | **سطح 1** | **سطح 2** | **سطح**  **3** | **سطح 4** | **تعداد کل** | **وزن بار مجاز** | **وزن بار بالاتر از حد مجاز** | **تعداد کل** | **محل اندازه گیری** | **LI1** | **LI3** | **LI3** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **مبدا** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **مقصد** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ارزیابی کشیدن بار با جدول اسنوک/ کشیدن بار** | | | | | | | | **ارزیابی هل دادن بار با جداول اسنوک/ هل دادن بار** | | | | | | | **ارزیابی حمل بار با جدول اسنوک/ حمل بار** | | |
| **تعداد کل** | **اعمال نیروی اولیه مجاز** | | **اعمال نیروی اولیه بالاتر از حد مجاز** | | **اعمال نیروی پیوسته مجاز** | **اعمال نیروی پیوسته بالاتر از حد مجاز** | | **تعداد کل** | **اعمال نیروی اولیه مجاز** | **اعمال نیروی اولیه بالاتر از حد مجاز** | **اعمال نیروی پیوسته مجاز** | | **اعمال نیروی پیوسته بالاتر از حد مجاز** | | **تعداد کل** | **وزن بار مجاز** | **وزن بار بالاتر از حد مجاز** |
|  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ارزیابی ابزار کار نامناسب با نظر کارشناس | | | | | ارزیابی حرکات تکراری با نظر کارشناس | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | تعداد کل | ابزار کار مناسب | | ابزار کار نامناسب | | تعداد کل | مجاز | | بالاتر از حد مجاز | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| **تاریخ تکمیل فرم: / /** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای ارزیابی کننده نام و امضاء مدیر شرکت ارزیابی کننده/صنعت امضاء کارشناس ناظر بهداشت حرفه ای** | | | | | | | | | | | | | | | | | |