

مرکز بهداشت استان مرکزی  
پیش‌نویس و برنامه عملیاتی معاینات دوره‌ای ( فرم و- ۱ )  
شرکت سلامت‌کار



صفحه

یک از .....

تاریخ تکمیل :

## ۱- مشخصات کارگاه :

نام کارگاه : / نام کارفرما : آقای / تعداد کل کارگران : / تعداد واحدهای کارگاه :  
نوع کارگاه : صنعتی  خدماتی  (نوع خدمات ارایه‌شده :

کشاورزی

( معدنی

مواد اولیه مصرفی (به ترتیب اولویت) : ۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

..... ۴- .....

محصولات تولیدی : ۱- ..... ۲- ..... ۳- .....

..... ۴- .....

سایر توضیحات :

## ۲- مشخصات برنامه :

عنوان برنامه : انجام معاینات دوره‌ای کارگران شرکت در سال ۱۳۹۲

اهداف برنامه : ۱- پایش سلامتی کارگران شرکت

۲- بررسی میزان تاثیر عوامل زیان آور محیط کار بر روی کارگران

۳- بررسی میزان شیوع بیماریهای شغلی

۴- شناسایی کارگران دارای شغل نامناسب و افراد مشروط جهت ادامه کار مربوطه

## نحوه انجام معاینات :

قرارداد با شرکت طب کار پاسارگاد

تهیه پیش‌نویس و برنامه عملیاتی معاینات دوره ای سال ۱۳۹۳

تکمیل فرمهای پرونده پزشکی

انجام معاینات و تستهای ادیومتری و اسپیرومتری در مرکز تخصصی طب کار پاسارگاد

انجام آزمایشات مربوطه

بررسی پرونده های پزشکی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای

۳- امکانات و تجهیزات موجود در کارگاه ، جهت انجام معاینات دوره‌ای :

تعداد	نوع / مدل	عنوان	تعداد	نوع / مدل	عنوان
		افتالموسکوپ	یک	Wellchalyn	افتالموسکوپ
		اتوسکوپ	یک	Wellchalyn	اتوسکوپ
		Vision Screener	یک	Streoptical	Vision Screener
		audiometer	یک	Acy welltono	audiometer
		audiometer	یک	Labat	audiometer

نام و نام خانوادگی و مهر و امضای پزشک طب‌کار / مسئول فنی

نام و نام خانوادگی و امضای مسئول بهداشت حرفه‌ای کارگاه  
طب‌کار: دکتر وحید رضامونی

۴- بررسی محیط کار :

نام واحد : / تعداد کارگر : . / اندازه گیری تأیید شده عوامل زیان آور: دارد  ندارد  / تاریخ تکمیل :

صفحه ..... از .....

پایشهای بیولوژیک تماس پیشنهادی	آزمایشهای مورد نیاز													عوامل و شرایط زیان آور عمده	تعداد کارگر	عنوان شغل	ردیف	
	Others	Optometry	UA	CBC	LFT		COL	FBS	BUN	Creat	TG	CXR	PFT					PTA
					SGOT	SGPT												
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۱	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۲	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۳	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۴	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۵	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۶	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۷	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۸	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۹	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۱۰	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				۱۱	

نام و نام خانوادگی و مهر و امضای پزشک طبکار شرکت :  
تاریخ و امضا :

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای کارگاه :  
تاریخ و امضا :

۴- بررسی محیط کار :

نام واحد : انبار شیمیایی / تعداد کارگر : ۳۶ نفر / اندازه گیری تأیید شده عوامل زیان آور: دارد  ندارد  / تاریخ تکمیل : ۱۳۹۲/۱۰/۱۰

ردیف	عنوان شغل	تعداد کارکنان	عوامل و شرایط زیان آور عمده	آزمایشهای مورد نیاز													
				PTA	PFT	CXR	TG	Creat	BUN	FBS	COL	LFT		CBC	UA	Optometry	Others
												SGOT	SGPT				
۱	انباردار شیمیایی	۳۵	ایستادن و راه رفتن طولانی مدت، تماس استنشاقی با بخارات مواد شیمیایی، ارتعاش ناشی از لیفتراک، حمل و جا به جایی بار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	نماینده HSE	۱	راه رفتن و ایستادن طولانی مدت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نام و نام خانوادگی و مهر و امضای پزشک طبکار شرکت :  
تاریخ و امضا :

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای کارگاه : حمید فرجی  
تاریخ و امضا : ۱۳۹۲/۱۰/۱۰