**بسمه تعالي**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي- مركز سلامت محيط و كار**

**معاونت بهداشتي دانشگاه / دانشكده علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني** ......................................

**مركز بهداشت شهرستان**.................................................... **مركز جامع خدمات سلامت .........................**

فرم گزارش اقدامات اصلاحی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی و مستندات مربوطه

|  |  |
| --- | --- |
| نام واحد:  نام زیرواحد:  کد واحد: | نام کارفرما:  آدرس :  تلفن : |
| نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه­ای: 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 نا مناسب/ وضعیت بدنی نا مناسب | | بلند کردن/ پایین آوردن بار | | | | | کشیدن بار | | | | هل دادن بار | | | |
| اصلاح ایستگاه کار نامناسب/ اصلاح وضعیت بدنی نامناسب | کنترلهای مدیریتی | کاهش وزن بار | استفاده از وسایل و تجهیزات کمکی حمل بار | مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار | تغییر در شرایط حمل بار | کنترلهای مدیریتی | کاهش وزن بار | مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار | تغییر در شرایط حمل بار | کنترلهای مدیریتی | کاهش وزن بار | مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار | تغییر در شرایط حمل بار | کنترلهای مدیریتی |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| حمل بار | | | | | ابزار کار نامناسب | | حرکات تکراری | |
| کاهش وزن بار | استفاده از وسایل و تجهیزات کمکی حمل بار | مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار | تغییر در شرایط حمل بار | کنترلهای مدیریتی | استفاده از ابزار کار مناسب | کنترلهای مدیریتی | کاهش حرکات تکراری | کنترلهای 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 اقدام اصلاحی | | | تصویر ایستگاه کاری بعد از انجام اقدام اصلاحی | | |
|  | | |  | | |
| شرح اقدام اصلاحی : | | | | | |
| نتایج ارزیابی پس از انجام اقدام اصلاحی: | |  | | | |

* این صفحه می­بایست به ازای هر ایستگاه کاری تکمیل و در صفحه آخر، تاریخ تکمیل فرم و امضاها درج گردد.

تاریخ تکمیل فرم : / /

امضاء کارشناس بهداشت حرفه­ای ارزیابی کننده نام و امضاء مدیر شرکت ارزیابی کننده / صنعت امضاء کارشناس ناظر بهداشت حرفه ای