

**فرم پایش کیفیت معاینات سلامت شاغلین (فرم شماره ۱)**

نام واحد کاری :

نوع فعالیت :

تعداد شاغلین :

آدرس :

نام مرکز معاینه کننده/ نام مسئول فنی:

نام و نام خانوادگی پزشک عمومی همکار:

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای همکار :

تاریخ انجام معاینه :

نحوه فعالیت: کارشناس مرکز [ ] کارشناس صنعت [ ]

ردیف	بله	خیر	توضیحات
<b>ثبث</b>			
۱			آیا نوع معاینات و تاریخ ها بطور کامل ثبت میگردد؟
۲			آیا مشخصات فردی شاغل بطور کامل ثبت میگردد؟
۳			آیا سوابق شغلی فعلی و قبلی کارگر بطور کامل ثبت میگردد؟
<b>ارزیابی عوامل زیان آور</b>			
۴			آیا بازدید اولیه از محیط کار انجام شده و گزارش بازدید تهیه شده است؟
۵			آیا عوامل زیان آور محیط کار (نوع و مدت و میزان مواجهه) بطور دقیق ثبت میگردد؟
۶			آیا فرم توسط کارشناس بهداشت حرفه ای تکمیل و مهر و امضا میگردد؟
<b>سوابق شخصی و پزشکی شاغل</b>			
۷			آیا فرم توسط فرد آموزش دیده تکمیل میگردد؟
۸			آیا توضیحات لازم در موارد نیاز ثبت میگردد؟
۹			آیا تائیدیه از شاغل (امضا و اثر انگشت) گرفته میشود؟
<b>معاینات</b>			
۱۰			آیا راهنمای معاینات براساس بازدید اولیه از محیط کار طراحی شده است؟
۱۱			آیا وسایل، تجهیزات و فضای مناسب معاینه در اختیار پزشک قرار گرفته است؟
۱۲			آیا پزشک در صورت یافتن علامت یا نشانه ای در معاینات، توضیحات کاملتر ثبت مینماید؟
۱۳			آیا پزشک زمان کافی برای معاینه صرف مینماید؟
۱۴			آیا پزشک معاینه گر پرونده را مهر و امضا مینماید؟
<b>اقدامات پاراکلینیک</b>			
۱۵			آیا شرایط استاندارد نمونه گیری و زمان ارسال نمونه ها رعایت گردیده است؟
۱۶			آیا بینائی سنجی با چارت استاندارد و شرایط فیزیکی و فاصله مناسب انجام میشود؟
۱۷			آیا اسپرومتری توسط فرد آموزش دیده انجام می شود؟
۱۸			آیا زمان کافی برای آموزش فرد و انجام اسپرومتری صرف میگردد؟
۱۹			آیا ادیومتری توسط ادیولوژیست انجام میشود؟
۲۰			آیا ادیومتری در اتاقک اکوستیک و در شرایط مناسب انجام میشود؟
۲۱			آیا معاینات در فضای فیزیکی مناسب و بدون ازدحام انجام میشود؟

توضیحات: