

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

گروه مهندسی بهداشت حرفه ای معاونت بهداشت

فرم نظارت بر نحوه انجام معاینات سلامت شغلی (طب کار) توسط کارشناس بهداشت حرفه ای صنعت / مرکز شغلی

مشخصات صنعت / واحد کاری

نام صنعت/واحد شغلی : نوع فعالیت : تعداد کل شاغلین : تعداد شاغلین معاینه شده:
 آدرس : تلفن : شهرستان :
 نام کارشناس بهداشت حرفه ای صنعت / مرکز شغلی : شماره همراه : تاریخ نظارت:

وضعیت معاینات سال گذشته

نام مرکز تخصصی طب کار / مسئول فنی : تاریخ انجام معاینات : شروع : پایان : تعداد شاغلین معاینه شده:

نظارت معاینات سال جاری

نام مرکز تخصصی طب کار : نام مسئول فنی : تاریخ انجام معاینات توسط پزشکان مرکز : شروع : پایان : محل انجام معاینات : مدت قرارداد انجام معاینات:
 پزشک عمومی معاینه کننده : آیا گواهی پنجگانه مدون با آموزشی طب کار را دارد؟
 نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای همکار : نحوه فعالیت : کارشناس مرکز کارشناس صنعت

ردیف	عنوان	بلی	خبر	توضیحات
اطلاعات عمومی و اطلاعات فردی و تکمیل جداول ۱ و ۲				
۱	ثبت مشخصات شاغل، نوع معاینات و تاریخ ها بطور کامل انجام می گردد؟			نام و نام خانوادگی ثبت کننده : مدرک تحصیلی: آیا کارت شناسایی دارد؟*
۲	احراز هویت شاغل معاینه شونده با بررسی مدارک هویتی دقیق انجام می گردد؟ عکس شاغل اخذ و در پرونده درج می شود؟			
۳	تکمیل سوابق شغلی فعلی و قبلی کارگر بطور کامل انجام می گردد؟			
ارزیابی عوامل زیان آور شغلی و تکمیل جدول ۳				
مشخصات کارشناس بهداشت حرفه ای مرکز طب کار بازدید کننده از صنعت/واحد کاری: نام و نام خانوادگی :		تاریخ بازدید:		
۴	آیا تکمیل جدول شماره ۳ توسط کارشناس بهداشت حرفه ای قبل از معاینه پزشکی انجام می گردد؟			ثبت و تکمیل صفحه اول معاینات الزاما می بایست قبل از معاینه پزشک انجام گردد.
۵	بازدید اولیه از محیط کار و انجام آنالیز شغلی و تهیه گزارش مکتوب در قالب فرمت مصوب توسط کارشناس بهداشت حرفه ای مرکز طب کار انجام شده است؟			(بازدید کارشناس بهداشت حرفه ای و تهیه گزارش قبل از معاینات در سال جاری الزامی است)
۶	در صورت انجام و وجود نتایج اندازه گیری آیا ثبت عوامل زیان آور بصورت کمی(مدت و شدت مواجهه) انجام می گردد؟			
۷	نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای بر اساس عوامل زیان آور محیط کار تکمیل می گردد؟			نام کارشناس بهداشت حرفه ای: آیا کارت شناسایی دارد؟ <input type="checkbox"/>
اخذ سوابق شخصی، خانوادگی و پزشکی و تکمیل جدول ۴				
۸	ثبت اطلاعات در فضای اختصاصی با رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی انجام می گردد؟			(ثبت اطلاعات این جدول قبل از معاینه پزشک انجام گردد)
۹	کلیه سوالات دقیق و واضح از شاغل پرسیده و در صورت لزوم توضیحات ثبت می شود؟			(ثبت توسط خود شاغل انجام نشود.)
۱۰	امضا و اثر انگشت شاغل در محل انجام معاینات انتهای جدول اخذ و ثبت می گردد؟			
انجام معاینات پزشکی و تکمیل جدول ۵				
پزشک معاینه کننده :		آیا گواهی با آموزشی دارد؟ <input type="checkbox"/> آیا کارت شناسایی دارد؟ <input type="checkbox"/>		
۱۱	آیا راهنمای انجام معاینه به تفکیک شغل با امضا مسئول فنی در اختیار پزشک وجود دارد؟			
۱۲	معاینات در فضای اختصاصی با رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی انجام می گردد؟			
۱۳	وسایل، تجهیزات معاینه و تخت معاینه در اختیار پزشک قرار دارد؟			
۱۴	تعداد معاینه در هر ساعت (حداکثر ۶ تا ۸ معاینه در ساعت) توسط پزشک رعایت می شود؟			
۱۵	ثبت مشخصات و مهر و امضای پزشک معاینه گر در انتهای جدول ۵ انجام می گردد؟			بر اساس بررسی پرونده بعد از معاینه پزشک
۱۶	آیا توضیحات در صورت یافتن علامت یا نشانه ای توسط پزشک در پرونده ثبت شده است؟			بر اساس بررسی پرونده بعد از معاینه پزشک
۱۷	شاغل از نحوه و کیفیت انجام معاینه پزشک رضایت دارد؟ (حداقل از ۵ نفر پرسیده شود؟)			
آزمایش ها (قسمت ۶ پرونده معاینات)				
نام آزمایشگاه:		زمان نمونه گیری: از تاریخ: تا تاریخ:		
آدرس آزمایشگاه:		نام و نام خانوادگی نمونه گیر:		
۱۸	رعایت شرایط استاندارد نمونه گیری، حمل (کلد باکس) و زمان ارسال نمونه ها رعایت می گردد؟			ساعت شروع: ساعت اتمام: ساعت ارسال نمونه به آزمایشگاه:
۱۹	در صورت نیاز آیا سانتریفیوژ نمونه ها قبل از ارسال انجام می گردد؟			

۲۰	آیا پایش های بیولوژیک مواجهات شغلی (نظیر سرب و ...) در موارد مشمول طبق راهنمای انجام معاینه انجام می گردد؟	نام ببرید:
۲	آیا تست تخصصی دیگری غیر از تست های آزمایشگاهی معمول انجام می گردد؟	نام ببرید:
اپتومتری (قسمت ۷ الف پرونده معاینات)		
۲۲	انجام اپتومتری توسط اپتومتریست یا تحت نظارت پزشک انجام می گردد؟	نام و نام خانوادگی کاربر : مدرک تحصیلی: آیا کارت شناسایی دارد؟
۲۳	استفاده از چارت بینائی سنجی استاندارد، شرایط فیزیکی و فاصله مناسب رعایت می گردد؟	میزان فاصله چارت تا شخص: متر
۲۴	ثبت دقیق نتایج اپتومتری در پرونده انجام می گردد؟	
اسپیرومتری (قسمت ۷ ب پرونده معاینات)		
۲۵	آیا تست اسپرو متری صرفا جهت شاغلین دارای مواجهه (طبق راهنمای انجام معاینه به تفکیک شغل با امضا مسئول فنی) انجام می گردد؟	نام و نام خانوادگی کاربر اسپرومتری: تعداد اسپرومتری پیش بینی شده جهت انجام مدرک تحصیلی: آیا اتیکت شناسایی دارد؟
۲۶	آیا در فرم اسپرومتری سنجش قد و ثبت تاریخ تولد فرد به صورت دقیق انجام می شود؟	
۲۷	آیا انجام اسپرومتری توسط فرد آموزش دیده و دارای مجوز انجام می گردد؟	(مجوز کتبی صادر شده توسط متخصص طب کار)
۲۸	آیا حداقل دو تا سه مانور قابل قبول اسپرومتری انجام و بهترین مانور ثبت می گردد؟	برای هر فرد انجام دو تا سه بار اسپرومتری الزامی است.
۲۹	آیا گواهی کالیبراسیون دستگاه اسپرومتری موجود می باشد؟	
۳۰	آیا فرم خود اظهاری اسپرومتری تکمیل می گردد؟	
۳۱	آیا اطلاعات ثبت شده در برگه چاپی کامل می باشد و نتیجه چاپ شده ضمیمه پرونده شده و استاندارد های ماندگاری کیفیت چاپ را جهت سال های متمادی دارد؟	
ادیومتری (قسمت ۷ ج پرونده معاینات)		
۳۱	آیا تست ادیومتری صرفا جهت شاغلین دارای مواجهه (طبق راهنمای انجام معاینه به تفکیک شغل با امضا مسئول فنی) انجام می گردد؟	نام و نام خانوادگی ادیولوژیست: شماره نظام : آیا اتیکت شناسایی دارد؟
۳۲	آیا اتاقک اکوستیک مناسب می باشد و محل استقرار آن در فضای مناسب و فاقد صدای مزاحم قرار دارد؟	تعداد ادیومتری های پیش بینی شده جهت انجام:
۳۳	آیا ادیومتری توسط ادیولوژیست انجام گردیده و نتایج در پرونده ثبت و توسط ادیولوژیست مهر و امضا و مستندات پیوست پرونده می گردد؟	
۳۴	دستگاه ادیومتری دارای گواهی کالیبراسیون می باشد؟	
عکس قفسه سینه (قسمت ۷ د پرونده معاینات)		
۳۵	آیا درخواست گرافی صرفا جهت شاغلین دارای مواجهه طبق دستور العمل انجام می شود؟	
۳۶	فرم غربالگری سیلیکوزیس جهت شاغلین دارای مواجهه سیلیس تکمیل می گردد؟	
نوار قلب (قسمت ۷ د پرونده معاینات)		
۳۷	آیا درخواست نوار قلب طبق راهنمای انجام معاینه به تفکیک شغل با امضا مسئول فنی) انجام می گردد؟	
۳۸	تست نوار قلب در فضای اختصاصی با رعایت محرمانگی و اخلاق پزشکی انجام می گردد؟	
۳۹	دستگاه نوار قلب دارای گواهی کالیبراسیون می باشد؟	
۴۰	اطلاعات ثبت شده در برگه چاپی نوار قلب کامل می باشد و نتیجه چاپ شده ضمیمه پرونده شده و استاندارد های ماندگاری کیفیت چاپ را جهت سال های متمادی دارد؟	
۴۱	آیا احراز هویت معاینه شونده در کلیه مراحل انجام معاینات بررسی می گردد؟	

*منظور از کارت شناسایی، کارت متحد الشکل دارای مشخصات، سمت، عکس ومهر مرکز، الساق شده به لباس پرسنل مسئول انجام معاینات می باشد.

توضیحات:

مهر شرکت، تاریخ، نام نام خانوادگی و امضاء
کارفرمای صنعت / واحد کاری

تاریخ، نام نام خانوادگی و امضاء
کارشناس بهداشت حرفه ای صنعت / واحد کاری