بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی ساوه
معاونت بهداشتی

چک لیست بازدید صنایع با محوریت پیشگیری از کرونا

نام کارگاه: نشانی: تعداد شاغلین : آیا مسئول بهداشت حرفه ای دارد؟

عنوان سئوال	بلی	خیر
آیا غربالگری کلیه کارکنان و افرادی که به محل کار وارد می شوند طبق چک لیست و بصورت روزانه انجام می شود؟		
آیا تب سنجی برای کلیه کارکنان و افرادی که به محل کار وارد می شوند انجام می شود؟		
آیا واحد صنعتی دارای فرایند و الگوریتم مشخصی در زمینه **ارجاع بیماران علامت دار** و **بازگشت به کار شاغلین مبتلا** می باشد؟		
آیا شاغلین دارای **بیماری زمینه ای** شناسایی شده و اقدامات پیشگیرانه لازم در خصوص عدم ابتلای ایشان بعمل آمده است ؟		
آیا از ورود افراد دارای علایم بیماری (تب، سرفه، تنگی نفس ، گلودرد، بدن درد و کوفتگی شدید) یا افراد مشکوک که دارای تماس نزدیک با فرد مبتلا هستند، ممانعت به عمل آمده و وضعیت سلامتی آن ها پیگیری می گردد؟		
آیا ثبت ورود و خروج شاغلین به روش های بهداشتی انجام می شود؟		
آیا کارفرما و شاغلین در مورد رعایت بهداشت فردی و پیشگیری از ابتلاء به کرونا آموزش های لازم را دیده اند؟	تعداد	
آیا پوستر / پمفلت آموزشی در محیط های کاری نصب شده است؟		
آیا نظارتی بر رفتارهای پرخطر و رعایت بهداشت فردی توسط کارکنان انجام می شود؟		
آیا کارفرما وسایل حفاظت فردی لازم جهت پیشگیری از ابتلاء کارکنان به بیماریهای واگیر را تهیه و بر استفاده آن ها نظارت می کند؟	تعداد	
آیا برنامه ضدعفونی و گندزدایی مطابق دستورالعمل انجام می شود؟		
آیا مواد ضدعفونی کننده دست وجود داشته و در مکان های مناسب نصب شده است؟		
آیا دستورالعمل پیشگیری از کرونا در سرویس ایاب و ذهاب رعایت می گردد؟		
آیا دستورالعمل پیشگیری از کرونا در سرویس های بهداشتی رعایت می گردد؟		
آیا دستورالعمل پیشگیری از کرونا در رختکن رعایت می شود؟		
آیا دستورالعمل پیشگیری از کرونا در آشپزخانه و سالن غذاخوری رعایت می شود؟		
آیا فاصله فیزیکی مناسب و کاهش تراکم جمعیتی در واحدهای تولیدی رعایت شده است؟		
آیا برنامه ای جهت جلوگیری از تجمع حین ورود و خروج شاغلین در محل نگهبانی وجود دارد؟		
آیا اقدامات بهداشتی لازم در خصوص کامیون های باری و مهمانان در برنامه پیشگیری شرکت در نظر گرفته شده است؟		

سایر اقدامات: کاهش زمان شیفت کاری ☐ دورکاری ☐

تعداد موارد مثبت کارگاه:	تعداد موارد علامت دار تحت نظر:	**تاریخ تکمیل فرم:**

نظریه کارشناس:

نام و امضاء کارشناس تکمیل کننده فرم: **محل امضاء نماینده شرکت:**