دانشکده علوم پزشکی ساوه

معاونت بهداشت - واحد بهداشت حرفه ای

فرم شناسایی منابع تولید پرتوهای یونیزان و غیر یونیزان (برنامه بهداشت پرتوکاران ) در شش ماهه ..... سال ......

نام کارخانه : .................................... نام کارفرما : ............................... آدرس کارخانه : ................................... نوع محصول تولیدی : ......................................... تاریخ تکمیل فرم : ..................................

**آیا کارگاه دارای پرتو/ پرتوهای یونیزان می باشد ؟ بلی □ خیر □ ( در صورتی که جواب بلی است جدول ذیل را تکمیل نمایید)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| آیا پرتو مورد نظر اندازه گیری شده است ؟ | | | تعداد شاغلینی که از وسایل حفاظت فردی مرتبط استفاده می کنند ؟ | تعداد شاغلین مشمول استفاده از وسایل حفاظت فردی مرتبط | آیا کارفرما دوره بهداشت پرتوکاران را دیده است ؟ | | تعداد شاغلین آموزش دیده (دوره بهداشت پرتوکاران ) | تعداد شاغلین دارای معاینات سلامت شغلی | تعداد شاغلین پرتو کار در معرض | نوع کاربرد | منابع مولد پرتو | نوع پرتو یونیزان | ردیف |
| خیر | بلی  (در صورت بلی میزان پرتو ذکر گردد ) | |
|  | TLV | میزان اندازه گیری شده | خیر | بلی |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**آیا کارگاه دارای پرتو/ پرتوهای غیر یونیزان می باشد ؟ بلی □ خیر □ ( در صورتی که جواب بلی است جدول ذیل را تکمیل نمایید)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| آیا پرتو مورد نظر اندازه گیری شده است ؟ | | | تعداد شاغلینی که از وسایل حفاظت فردی مرتبط استفاده می کنند ؟ | تعداد شاغلین مشمول استفاده از وسایل حفاظت فردی مرتبط | آیا کارفرما دوره بهداشت پرتوکاران را دیده است ؟ | | تعداد شاغلین آموزش دیده (دوره بهداشت پرتوکاران ) | تعداد شاغلین دارای معاینات سلامت شغلی | تعداد شاغلین پرتو کار در معرض | نوع کاربرد | منابع مولد پرتو | نوع پرتو غیر یونیزان | ردیف |
| خیر | بلی  (در صورت بلی میزان پرتو ذکر گردد ) | |
|  | TLV | میزان اندازه گیری شده | خیر | بلی |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام و امضاء مسئول بهداشت حرفه ای : نام ، امضا و مهر مدیر کارخانه :