

فرم نظارت مسئول بهداشت حرفه ای واحد کاری بر معاینات سلامت شغلی در سال ...

نام واحد کاری: نام کارفرما: نام کارشناس بهداشت حرفه ای :
آدرس و تلفن: تعداد کل شاغلین مشمول: تاریخ تکمیل فرم:

۱- مشخصات تیم معاینات سلامت شغلی:

مرکز تخصصی طب کار پزشک متخصص طب کار دارای مطب پزشک دوره دیده طب کار نام پزشک:.....
آزمایشگاه:..... ادیولوژیست:..... اسپیرومتری:..... اپتومتریست:..... رادیولوژی:.....
نام و نام خانوادگی پزشکان مشاور (ارجاعات):.....

۲- قرارداد انجام کار:

- پیش فاکتور ارائه شده توسط تیم معاینات با تعرفه مصوب سال تطابق دارد. (در صورت عدم تطابق مراتب به مرکز بهداشت شهرستان اعلام گردد)
- قرارداد همکاری بین کارفرما و تیم های معاینات تنظیم شده و مواردی مانند تعداد کارگران، تاریخ شروع و خاتمه، نوع معاینات، مکان انجام، شیوه گزارش دهی، تسویه حساب و داور برای موارد اختلاف لحاظ شده است. بلی خیر

۳- ارزیابی کارشناس از کیفیت و نحوه انجام معاینات:

❖ معاینه پزشک:

- آیا پزشک مسئول معاینات از محل کار بازدید کرده است؟ بلی خیر تاریخ بازدید: / /
- زمان و تعداد انجام معاینات:
- تاریخ انجام: / / تعداد معاینه شده: تاریخ انجام: / / تعداد معاینه شده:
- تاریخ انجام: / / تعداد معاینه شده: تاریخ انجام: / / تعداد معاینه شده:
- تاریخ انجام: / / تعداد معاینه شده: تاریخ انجام: / / تعداد معاینه شده:

- آیا پزشک فرم معاینات را در قسمت مربوط به خود بصورت صحیح و دقیق تکمیل می کند؟ بلی خیر
- آیا پزشک به سوابق پزشکی فرد و عوامل زیان آور محیط کار در حین معاینه توجه دارد؟ بلی خیر
- آیا پزشک بررسی های بالینی لازم را در خصوص شکایات افراد از بیماری انجام می دهد؟ بلی خیر
- آیا پروندههایی هست که قبل از مشخص شدن نتیجه ارجاع، نظریه نهایی درج شده باشد؟ بلی خیر
- آیا پزشک توضیحات کافی در خصوص پیشگیری از بیماری های ناشی از کار به افراد ارائه می دهد؟ بلی خیر
- عملکرد کلی پزشک: مطلوب نامطلوب موارد نقص ذکر شود

❖ آزمایشگاه:

- محل انجام نمونه گیری: در محل شرکت در آزمایشگاه
- وضعیت محل نمونه گیری بعنوان یک اتاق میکروبی (ممنوعیت خوردن و آشامیدن، تهویه عمومی مناسب): مناسب نامناسب
- وضعیت جمع آوری و انتقال نمونه ها به آزمایشگاه (استفاده از کلدباکس و...): مناسب نامناسب
- وضعیت آزمایشگاه از نظر دقت و سرعت در ارائه نتایج آزمایشات: مناسب نامناسب
- عملکرد کلی آزمایشگاه: مطلوب نامطلوب موارد نقص ذکر شود

❖ ادیولوژی:

- آیا اتاقک ادیومتری استاندارد مربوطه را از نظر فضا و صدای زمینه ای دارد؟ بلی خیر
- آیا آموزش نحوه انجام تست به افراد داده می شود؟ بلی خیر
- آیا در ادیومتری های انجام شده تغییر فاحشی در وضعیت شنوایی افراد نسبت به سوابق گذشته دیده می شود؟ بلی خیر
- عملکرد کلی ادیولوژیست: مطلوب نامطلوب موارد نقص ذکر شود

❖ اسپیرومتری:

- محل اسپیرومتری استاندارد مربوطه را دارد (فاقد آلودگی و مواد محرک، دمای مناسب، کنترل ازدحام): بلی خیر
- آیا اندازه گیری قد و ثبت مشخصات فرد به درستی و با دقت انجام می شود؟ بلی خیر
- آیا مقادیر مرجع بدرستی انتخاب شده اند؟ بلی خیر
- آیا آموزش نحوه انجام تست به افراد داده می شود؟ بلی خیر
- آیا آمادگی افراد جهت تست از نظر موارد منع و مداخله کننده بررسی می شود؟ بلی خیر
- عملکرد کلی مرکز اسپیرومتری: مطلوب نامطلوب موارد نقص ذکر شود

❖ اپتومتری:

- محل اپتومتری استاندارد مربوطه را دارد (نور کافی، کنترل ازدحام): بلی خیر
- عملکرد کلی اپتومتریست: مطلوب نامطلوب موارد نقص ذکر شود

✓ نکته: در صورت وجود مغایرت در انجام معاینات بر مبنای دستورالعمل های مرکز سلامت محیط و کار، مستندات مربوطه جهت پیگیری به مرکز بهداشت شهرستان ارائه گردد.