

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز سلامت محیط و کار

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان..... مرکز خدمات جامع سلامت

فرم گزارش اقدامات اصلاحی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی و مستندات مربوطه

نام واحد:	نام کارفرما:
نام زیر واحد:	آدرس :
کد واحد:	تلفن :
نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه‌ای:	
تلفن (ثابت و موبایل) کارشناس:	
آدرس ایمیل کارشناس:	

جدول ثبت نتایج اصلاح ریسک فاکتورهای ارگونومیکی (ثبت تعداد شاغلین به تفکیک اقدام اصلاحی برای هر ریسک فاکتور) :

ایستگاه کار نا مناسب/ وضعیت بدنی نا مناسب		بلند کردن/ پایین آوردن بار			کشیدن بار			هل دادن بار		
اصلاح ایستگاه کار نامناسب/ اصلاح وضعیت بدنی نامناسب	کنترل‌های مدیریتی	کاهش وزن بار	استفاده از وسایل و تجهیزات کمکی حمل بار	مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار	تغییر در شرایط حمل بار	کنترل‌های مدیریتی	کاهش وزن بار	مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار	تغییر در شرایط حمل بار	کنترل‌های مدیریتی

حمل بار				ابزار کار نامناسب		حرکات تکراری
کاهش وزن بار	استفاده از وسایل و تجهیزات کمکی حمل بار	مکانیزاسیون خط تولید و حذف حمل دستی بار	تغییر در شرایط حمل بار	کنترل‌های مدیریتی	استفاده از ابزار کار مناسب	کاهش حرکات تکراری

جدول مربوط به مستندات اقدامات اصلاحی ارگونومیکی به تفکیک هر ایستگاه کاری

نوع ریسک فاکتور	روش ارزیابی مورد استفاده قبل از انجام اقدام اصلاحی	میزان سطح ریسک موجود قبل از انجام اقدام اصلاحی
تاریخ ارزیابی اولیه:	تاریخ انجام اقدام اصلاحی:	تاریخ ارزیابی ثانویه:
تصویر ایستگاه کاری قبل از انجام اقدام اصلاحی		تصویر ایستگاه کاری بعد از انجام اقدام اصلاحی
شرح اقدام اصلاحی :		
میزان سطح ریسک پس از انجام اقدام اصلاحی (حاصل از انجام ارزیابی ثانویه):		

• توجه: این صفحه می‌بایست به ازای هر ایستگاه کاری که در آن اقدام اصلاحی انجام شده است، تکمیل و در صفحه آخر، تاریخ تکمیل فرم و امضاها درج گردند.

تاریخ تکمیل فرم : / /

امضاء کارشناس ناظر بهداشت حرفه‌ای

نام و امضاء مدیر شرکت ارزیابی کننده / صنعت

امضاء کارشناس بهداشت حرفه‌ای ارزیابی کننده