**وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشكي سازمان تامين اجتماعي وزارت كار و امور اجتماعي**

**گزارش فصلي فعاليت خانه بهداشت كارگري شركت ..............................**

**فصل** .................................. **سال** ......................

***1- مشخصات عمومي واحد كاري :***

**1/1- نوع فعاليت : صنعتي□ معدني□ خدماتي□**

**2-1- سال بهره برداري : ..............................**

**3/1- فاصله تا اولين مركز بهداشتي و درماني .................. متر /كيلومتر**

**4/1- تعداد كاركنان : مرد : زن :**

**5/1-مواد اوليه عمده : .................................................................................................................................................................................**

**6/1- محصولات : ........................................................................................................................................................................................**

**7/1- شيفت كار : صبح□ عصر□ شب□ نوبت كار□**

**8/1- آيا در كارگاه وسايل كمكهاي اوليه وجود دارد؟ بلي□ خير□ ( در صورت منفي بودن با ذكر علت)**

***2- فعاليتهاي انجام شده :***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2/1 | تعداد جلسات آموزش بهداشت | .............. جلسه | | تعداد شركت كنندگان : ..................... نفر |
| 2/2 | تعداد نشريات بهداشتي توزيع شده | ................. جلد | | نام نشريات : |
| 3/2 | دفعات شركت در كميته حفاظت فني و بهداشت كار |  | | |
| 4/2 | تعداد بازديد بهداشتي از كارگاه ( براساس دفتر ) |  | | |
| 5/2 | تعداد جلسات بازآموزي شركت كرده بهداشتيار كار |  | | |
| 6/2 | تعداد موارد معرفي جهت دريافت كارت بهداشت |  | | |
| 7/2 | تعداد موارد معرفي براي شرکت در دوره ويژه بهداشت عمومي |  | | |
| 8/2 | تعداد موارد همكاري در كنترل و دفع حشرات موذي |  | | |
| 9/2 | تعداد موارد همكاري در سالمسازي محيط كار |  | | |
| 10/2 | تعداد مراجعين جهت دريافت كمكهاي اوليه ( براساس دفتر ) |  | | |
| 11/2 | تعداد مراجعين جهت دريافت داروهای اوليه ( براساس دفتر ) |  | | |
| 12/2 | تعداد موارد ارجاع فوري به مراكز بهداشتي درماني |  | | |
| 13/2 | تعداد موارد ارجاع غير فوري به مراكز بهداشتي درماني |  | | |
| 14/2 | تعداد معاينات انجام شده توسط پزشك | قبل از استخدام |  | |
| دوره اي |  | |
| اختصاصي |  | |

***3- وضعيت بهداشتي كارگاه : ( براساس آيين نامه ماده 156 قانون كار )***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | بهداشتي | غيربهداشتي | علت مورد غيربهداشتي |
| 1/3 | آب آشاميدني |  |  |  |
| 2/3 | سيستم دفع فاضلاب |  |  |  |
| 3/3 | سيستم دفع زباله |  |  |  |

4/3- تاسيسات و تسهيلات بهداشتي:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *نوع تاسيسات* | *تعداد كل* | *تعداد بهداشتي* | *تعداد غيربهداشتي* | *ملاحظات* |
| حمام و دوش |  |  |  |  |
| توالت |  |  |  |  |
| دستشويي و روشويي |  |  |  |  |
| كمدرختكن |  |  |  |  |
| آشپزخانه |  |  |  |  |
| سالن غذاخوري |  |  |  |  |
| نماز خانه |  |  |  |  |
| آب سردكن |  |  |  |  |

***4- بيماريها حوادث و سوانح و عوامل زيان آور كارگاه:***

1/4- تعداد كل حوادث و سوانح : ....................... مورد

2/4- بيماري هاي عمده شغلي تشخيص داده شده توسط پزشك :

4/4- درصد استفاده كارگران از وسايل حفاظت فردي: لباس كار□ گوشي□ ماسك□ دستكش□

**درصد استفاده كارگران از وسايل حفاظت فردي:**

100 \* تعداد استفادده كنندگان

تعداد كارگر**ا**ني كه بايد استفاده كنند

5/4- وضعيت حفاظت و ايمني كارگاه : خوب□ متوسط□ بد□

6/4- تعداد بازديدهاي انجام شده از خانه بهداشت كارگري:

كارشناس بهداشت حرفه اي مركز بهداشت□ بازرس اداره كار□ كارشناس تامين اجتماعي□ شوراي هماهنگي□

7/4- سه عامل عمده زيان آور در محيط كار كه توسط كارشناس تشخيص داده شده است .

الف ) نام عامل : تعداد در معرض: ب) نام عامل : تعداد در معرض: ج) نام عامل : تعداد در معرض:

**نام و نام خانوادگي بهداشتيار كار- تاريخ و امضاء**