

چک لیست پایش فعالیتهای خانه بهداشت کارگری

تاریخ :

نام شرکت / کارخانه :

نام مسئول خانه بهداشت :

نام کارشناس پایشگر :

فرم بازدید خانه بهداشت کارگری													صفحه ۲
استخراج اطلاعات شاخص های فرایند و برونداد خدمات خانه بهداشت کارگری													۲۷
ردیف	عنوان	پرونده مراجعه کننده										نتایج	
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	جمع کل	توسط
۱۶	آیا داروها تاریخ مصرف دارند ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۱۷	آیا مصرف روزانه دارو ثبت می گردد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۱	
۱۸	آیا ثبت و گزارش داروهای تاریخ گذشته انجام می گیرد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۱	
۱۹	آیا مسئول خانه بهداشت دارای سابقه مرتبط با کار می باشد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۰	آیا مسئول خانه بهداشت دوره های آموزشی مرتبط با کار را گذرانده است ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۱	در برنامه های باز آموزی ستاد شهرستان شرکت می نماید ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۲	آیا مسئول خانه بهداشت جلسات آموزشی برای کارکنان برگزار می کند ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۳	آیا از وسایل کمک آموزشی از قبیل پوستر، پمفلت، فیلمهای آموزشی و... جهت آموزش استفاده می گردد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۴	آیا برنامه زمانبندی فعالیتهای بهداشتی در خانه بهداشت موجود می باشد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۵	آیا فعالیتهای مطابق برنامه زمانبندی تدوین شده انجام می گیرد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۱	
۲۶	آیا مسئول خانه بهداشت صرفاً وظایف اداره خانه بهداشت را بر عهده دارد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۷	آیا مسئول خانه بهداشت در جلسات کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بطور منظم شرکت می کند ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۸	آیا صورتجلسات کمیته حفاظت و آمار حوادث بطور منظم به مرکز بهداشت و اداره کار استان ارسال می گردد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۲۹	آیا گزارش فعالیت ماهیانه به دبیرخانه استان شورای هماهنگی خدمات بیمه شدگان ارسال می گردد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	
۳۰	آیا به طور روزانه از محیط کار(واحد های تحت پوشش) و تاسیسات بهداشتی و رفاهی رفاهی بازدید به عمل می آید ؟ ۱- بلی ۰- خیر											۲	

چک لیست پایش فعالیتهای خانه بهداشت کارگری

تاریخ:

نام مسئول خانه بهداشت:

نام شرکت / کارخانه:

نام کارشناس پایشگر:

فرم بازدید خانه بهداشت کارگری														صفحه ۳
استخراج اطلاعات شاخص های فرایند و برونداد خدمات خانه بهداشت کارگری														۲۵
ردیف	عنوان	پرونده مراجعه کننده										نتایج		
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	جمع کل	میان	میان
۳۱	آیا گزارش بازدید و لیست نواقص به صورت مکتوب به کارفرما داده می شود؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۳۲	آیا تاسیسات کارگاهی و جنبی مورد ارزیابی بهداشتی قرار می گیرد؟ و اقدامات اصلاحی انجام می شود؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۳۳	آیا دستورالعملها مقررات آیین نامه ها- چک لیست های ایمنی و بهداشتی در دسترس مسئول خانه بهداشت قرار گرفته و اجرا می شود؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۳۴	آیا پیگیریهای لازم در جهت رفع نواقص انجام می گیرد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۳۵	آیا قانون کار (از قبیل مواد ۸۵-۹۱-۹۲-۱۰۶ و) را می شناسد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۱	
۳۶	آیا بطور منظم از آب آشامیدنی نظارت به عمل می آید؟ (کلر سنجی و همراه با ثبت در فرم مربوطه) ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۳۷	آیا نظارت بر جمع آوری و دفع زباله انجام می گیرد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۳۸	آیا نظارت بر جمع آوری و دفع فاضلاب انجام می گیرد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۳۹	آیا تعداد مراجعین و علت مراجعه ثبت می گردد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۱	
۴۰	آیا کمکهای اولیه به مصدومین ارائه می گردد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۴۱	آیا نحوه تکمیل فرم معاینات را می داند؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۱	
۴۲	آیا بیماریهای ناشی از کار را می شناسد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۱	
۴۳	آیا معاینات بدو استخدام شاغلین انجام شده است؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۴۴	آیا معاینات دوره ای به طور منظم از شاغلین به عمل می آید؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۲	
۴۵	آیا پرونده پزشکی برای کارگران تشکیل می گردد؟ ۱- بلی ۰۰- خیر												۱	

چک لیست پایش فعالیتهای خانه بهداشت کارگری

نام شرکت/ کارخانه

نام کارشناس پایشگر

تاریخ:

نام مسئول خانه بهداشت:

فرم بازدید خانه بهداشت کارگری												
استخراج اطلاعات شاخص های فرایند و برونداد خدمات خانه بهداشت کارگری												
صفحه ۴												
۲۸												
پرونده مراجعه کننده												
عنوان												
ردیف	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
نتایج	جمع کل	میانگین	استاندارد	تفاوت	میانگین	استاندارد	تفاوت	میانگین	استاندارد	تفاوت	میانگین	استاندارد
۴۶	آیا وضعیت حفظ و نگهداری پرونده های پزشکی کارگران مناسب می باشد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۴۷	آیا نتایج معاینات شاغلین تحت پوشش را مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۴۸	آیا نتایج معاینات کارگران پیگیری می گردد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۴۹	کارگران نیاز مند به ارائه خدمات تخصصی بالاتر را به مراکز مربوطه معرفی می نماید ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۰	آیا عوامل زیان آور محیط کار را می شناسد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۱	آیا عوامل زیان آور محیط کار شناسایی ، ثبت و اندازه گیری شده است ؟ ۱- مشخصات ارزیاب و خلاصه نتایج منضم باشد) - بلی ۰- خیر											
۵۲	آیا جهت کنترل عوامل زیان آور اقدامی انجام شده است ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۳	آیا نظارت استفاده از وسایل حفاظت فردی توسط کارگران انجام می گیرد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۴	آشنایی با فرمهای بازدیدکارگاهی (تک واحدی، چند واحدی) ۱- بلی ۰- خیر											
۵۵	آیا بیماران و حادثه دیدگان به مراکز بهداشت درمانی ارجاع می گردند ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۶	آیا ثبت حوادث و علت آن مطلوب می باشد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۷	آیا گزارش و تحویل نسخه دوم فرم های ارجاع فوری به صندوق تامین اجتماعی ارسال می گردد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۸	آیا گزارش عملکرد بصورت فصلی به مرکز بهداشت ارسال می گردد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۵۹	آیا وضعیت تعامل و همکاری مدیریت با خانه بهداشت کارگری مطلوب می باشد ؟ ۱- بلی ۰- خیر											
۶۰	تجزیه و تحلیل شاخصهای بهداشتی و اتخاذ راهکار مناسب جهت ارتقاء شاخصها ۱- بلی ۰- خیر											
	جمع کل											
	درصد کل											

موارد قابل پیگیری توسط اعضاء گروه :

تاریخ تکمیل فرم :	نماینده محترم اداره تعاون ، کار و رفاه اجتماعی استان نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : محل امضاء : سمت :
تاریخ تکمیل فرم :	نماینده محترم مدیریت درمان تامین اجتماعی استان نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : محل امضاء : سمت :
تاریخ تکمیل فرم :	نماینده محترم اداره کل بیمه سلامت استان نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : محل امضاء : سمت :
تاریخ تکمیل فرم :	نماینده محترم جمعیت هلال احمر استان نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : محل امضاء : سمت :
تاریخ تکمیل فرم :	نماینده محترم معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : محل امضاء : سمت :