



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتی

مرکز بهداشت شهرستان

چک لیست نظارت بر مطب ها و مراکز تخصصی طب کار

نام مطب / مرکز تخصصی :

پزشک تایید کننده اسپرومتری :

نام و نام خانوادگی مسئول فنی: آقای دکتر

تاریخ بازدید :

تلفن :

آدرس :

تاریخ اعتبار مجوز:

تاریخ صدور مجوز :

محل اخذ مجوز :

تاریخ اتمام بازآموزی طب کار:

اعتبار پروانه مطب :

کارشناسان و پزشکان همکار :

نحوه همکاری با شرکت تمام وقت / پاره وقت	مدرک تحصیلی	نام و نام خانوادگی

موسسات ارائه دهنده خدمات پاراکلینیک همکار :

تاریخ اعتبار مجوز	آدرس	نام موسسه	نوع موسسه
			آزمایشگاه تشخیص طبی
			رادیولوژی
			اودیومتری

			اسپیرومتری
			اوپتومتری

تجهیزات موجود در شرکت:

- ❖ دستگاه معاینه چشم (افتالموسکوپ) :
 دارد ندارد
- ❖ دستگاه معاینه گوش و حلق و بینی (اتوسکوپ) :
 دارد ندارد
- ❖ دستگاه معاینه قلب و ریه (گوشی پزشکی) :
 دارد ندارد
- ❖ دستگاه اندازه گیری قد و وزن :
 دارد ندارد
- ❖ نگاتوسکوپ (مشاهده فیلم رادیوگرافی) :
 دارد ندارد
- ❖ دستگاه اندازه گیری فشارخون :
 دارد ندارد
- ❖ وسائل اندازه گیری علائم حیاتی :
 دارد ندارد
- ❖ تخت معاینه :
 دارد ندارد
- ❖ چارت اسنلن و رعایت فاصله دید :
 دارد ندارد
- ❖ اودیومتری :
 دارد ندارد

- گواهی کالیبراسیون معتبر (غربالگری) :
 دارد ندارد
نام تجاری دستگاه: تاریخ اعتبار کالیبراسیون:
- گواهی کالیبراسیون معتبر (تشخیصی) :
 دارد ندارد
نام تجاری دستگاه: تاریخ اعتبار کالیبراسیون:

- ❖ اتاقک آکوستیک :
 دارد ندارد
- ❖ الکترو کارد یوگرافی :
 دارد ندارد
- ❖ اسپیرومتری :
 دارد ندارد
نام تجاری دستگاه اسپرومتر:
گواهی کالیبراسیون معتبر:
تاریخ اعتبار کالیبراسیون:
- ❖ سایر تجهیزات :

فضای فیزیکی:

وضعیت ظاهری	تعداد صندلی	وضعیت نظافت	شرایط تهویه	مساحت (متر مربع)	
خوب / متوسط / بد		خوب / متوسط / بد	خوب / متوسط / بد		
					سالن انتظار
					اتاق پذیرش
					اتاق اسپرومتری
					اتاق ادیومتری
					اتاق آکوستیک
					اتاق معاینه

موارد قابل بررسی :

ردیف	موارد قابل بررسی	بلی	خیر
۱	آیا گزارش بازدید قبل از انجام معاینه توسط کارشناس بهداشت حرفه ای شرکت خدمات طب کار موجود می باشد؟		
۲	آیا هماهنگی لازم ۴۸ ساعت قبل از انجام معاینات با بازرس منطقه و کارشناس کارخانه صورت گرفته است؟		
۳	آیا پرونده پزشکی سال قبل شاغلین توسط مسئول فنی بررسی و مطالعه شده است ؟		
۴	آیا گزارشات و نتایج اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار توسط مسئول فنی و کارشناس بهداشت حرفه ای بررسی و مطالعه شده است؟		
۵	آیا فرم معاینات کارگری مطابق دستورالعمل و صحیح تکمیل می شود؟ (فاقد هرگونه خط خوردگی و لاک گرفتن)		
۶	آیا تمام صفحات فرم ها و گزارشات معاینات توسط مسئول فنی مهر و امضاء می گردد ؟		
۷	آیا عکس پرسنلی در محل مربوطه الصاق گردیده است؟		
۸	آیا سوابق شغلی بطور کامل ثبت شده است؟ (عنوان شغل بطور دقیق و شرح کلیه وظایف روزانه شاغل)		
۹	آیا عوامل زیان آور محیط کار شاغلین در فرم معاینات بطور کامل ثبت شده و در مورد هر عامل توضیحات لازم (مانند نوع عامل و مدت مواجهه و...) ارائه شده است؟		
۱۰	آیا معاینه و آزمایشات مورد نیاز با توجه به مواجهات کارگر با عوامل زیان آور انجام شده است؟		
۱۱	آیا قد، وزن، فشار خون و نبض ثبت شده و تجهیزات مربوطه استاندارد می باشد؟		
۱۲	آیا آزمایشات سلامت عمومی (خون و ادرار) درخواست شده است؟		
۱۳	آیا تستهای بینایی سنجی انجام شده است؟		
۱۴	آیا تست کور رنگی در صورت نیاز فقط برای یکبار با توجه به شغل و نوع مواجهه درخواست شده است؟		
۱۵	آیا تست شنوایی سنجی با توجه به مواجهات محل کار درخواست شده است؟		
۱۶	آیا تست شنوایی سنجی توسط اودیولوژیست دارای مجوز از معاونت درمان انجام شده است؟		
۱۷	آیا تست شنوایی سنجی در اتاقک آکوستیک انجام شده است؟		
۱۸	آیا اسپرومتری با توجه به مواجهات محل کار درخواست شده است؟		
۱۹	آیا اسپرومتری توسط مراکز دارای مجوز از معاونت درمان انجام شده است؟		
۲۰	آیا اسپرومتری توسط متخصص تفسیر شده است؟		
۲۱	آیا نتایج آزمایشات (اسپیرومتری، ادیومتری و...) در پرونده کارگر ثبت گردیده است؟		
۲۲	آیا نتایج بر اساس دستورالعمل در پرونده شاغل ثبت شده است؟		

۲۳	آیا نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار ارائه شده است؟
۲۴	آیا جلسه ای با حضور کارشناس ، پزشک و کارفرما در خصوص نتایج معاینات دوره ای و اعلام مشکلات سلامت شاغلین برگزار شده است؟
۲۵	آیا ارجاع برای شاغلین مورد نیاز انجام شده و نامه پیگیری توسط مسئول فنی به کارفرما تحویل شده است؟
۲۶	آیا در مواردی که نظریه نهایی منوط به نتیجه ارجاع بوده این موضوع رعایت شده است؟
۲۷	آیا امضا و مهر مسئول فنی در تمامی صفحات گزارش درج شده است؟
۲۸	آیا معاینات دوره ای طبق قرارداد به موقع انجام و گزارش آن ارسال شده است؟
۲۹	آیا فرم (۳-۱۱۱) و گزارش معاینات بطور صحیح تکمیل و تحویل مرکز بهداشت و کارفرما شده است؟
۳۰	آیا بیماری های غیرشغلی شاغلین شناسایی و گزارش شده است؟
۳۱	آیا از ورود به محل و ارائه خدمات به مراجعین دارای علائم بیماری ، افراد فاقد ماسک و افرادی که دستورالعمل های بهداشتی را رعایت نمی کنند ، جلوگیری به عمل می آید؟
۳۲	آیا کد پاسخ سریع (QR code) از سامانه salamat.gov.ir دریافت و در معرض دید نصب شده است؟
۳۳	آیا امکانات مربوط به شست و شو و یا ضدعفونی دست در محل وجود دارد؟
۳۴	آیا از کارت خوان یاروشهای الکترونیکی دیگر جهت حذف مبادلات پول نقد استفاده میشود؟
۳۵	آیا شاغلین از ماسک تنفسی به صورت صحیح استفاده میکنند؟
۳۶	آیا مدیریت فاصله گذاری (خط کشی و حفاظت ونظایران) انجام شده است ؟
۳۷	آیا فاصله حداقل یک متر بین خدمت گیرندگان رعایت شده است؟
۳۸	آیا در مطب سیستم نوبت دهی وجود دارد؟
۳۹	آیا تهویه مناسب در فضای مورد بازدید وجود دارد؟
۴۰	آیا پس از پایان شیفت کاری گندزدایی به روش صحیح انجام میشود؟

توضیحات :

نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک مسئول فنی:

آقای دکتر

نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم :

آقای مهندس