|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام بیمارستان/کلینیک** |  | | | **نام و نام خانوادگی کارفرما** | | | | |  | | |
| **تاریخ راه اندازی** |  | | | **شماره ملی** | | | | |  | | |
| **نوع مالکیت** |  | | | **سال تولد** | | | | |  | | |
| **وضعیت مجوز** |  | | | **مدرک تحصیلی** | | | | |  | | |
| **محل صدور مجوز** |  | | | **نام و نام خانوادگی رئیس بیمارستان** | | | | |  | | |
| **تعداد کارکنان به تفکیک** |  | | | **کد ملی** | | | | |  | | |
| **آدرس** |  | | | **نام و نام خانوادگی مدیر بیمارستان** | | | | |  | | |
| **تلفن** |  | | | **کد ملی** | | | | |  | | |
| **فاکس** |  | | | **شماره تماس مدیر** | | | | |  | | |
| **کدپستی** |  | | | **نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای** | | | | |  | | |
| **تعداد کارکنان بیمارستان که معاینات بدو استخدام انجام داده اند؟(در سال 1401)** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کارکنان و شاغلینی که تحت انجام معاینات دوره ای قرار گرفته اند؟(در سال 1401)** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کارکنان در مواجهه با پسماندهای بیمارستانی چند نفر است؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کارکنان در مواجهه با پسماندهای بیمارستانی که معاینات دوره ای انجام داده اند؟(در سال 1401)** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کارکنان در معرض پرتو چند نفر است؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کارکنان در معرض پرتو که معاینات دوره ای انجام داده اند؟(در سال 1401)** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلین پسماندهای عادی چند نفر می باشد؟** | | | | | | | | | **..... نفر** | | |
| **متوسط مدت مواجهه روزانه شاغلین پسماند عادی** | | | **کمتر از 2 ساعت** | | | **4-2 ساعت** | | **6-4 ساعت** | | | **8-6 ساعت** |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله جمع آوری دستی پسماندهای عادی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله حمل و نقل پسماندهای عادی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله انبار پسماندهای عادی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله دفع پسماندهای عادی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلین پسماندهای عادی که دارای وسایل حفاظت فردی مناسب می باشند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلین پسماندهای عفونی چند نفر می باشد؟** | | | | | | | | | **.... نفر** | | |
| **متوسط مدت مواجهه روزانه شاغلین پسماند عفونی** | | | **کمتر از 2 ساعت** | | | **4-2 ساعت** | | **6-4 ساعت** | | | **8-6 ساعت** |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله جمع آوری دستی پسماندهای عفونی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله حمل و نقل پسماندهای عفونی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله انبار پسماندهای عفونی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلینی که در مرحله دفع پسماندهای عفونی فعالیت می کنند؟** | | | | | | | | |  | | |
| **تعداد کل شاغلین پسماندهای عفونی که دارای وسایل حفاظت فردی مناسب می باشند؟(طبق موارد زیر)** | | | | | | | | |  | | |
| **مواد و ترکیبات عمده پسماند بیمارستانی** | | **زباله های پاتوبیولوژیک و عفونی** | | | **اجسام تیز و برنده** | | **دارویی و شیمیایی** | | | **پسماندهای رادیواکتیو** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیا در سال 1401 و یا 1400 اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار انجام گرفته است؟ بله خیر**  **در صورتی که انجام گرفته است چه عاملی و برای کدام بخش ها اندازه گیری انجام شده است؟** | | | | | | | | |
| **آیا در سالهای قبل اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار انجام گرفته است؟ بله خیر**  **در صورتی که انجام گرفته است با ذکر سال و عامل اندازه گیری و برای کدام بخش ها انجام شده است؟** | | | | | | | | |
| **تعداد آموزش های برگزار شده در خصوص پیشگیری از کوید 19** | |  | **تعداد کارکنان آموزش دیده:** | | |  | | |
| **تعداد کارکنان مبتلا به کوید 19 (از ابتدای اسفند98 تاکنون)** | **مثبت** |  | **مشکوک** |  | **بهبود یافته** |  | **فوت** |  |
| **تعداد کارکنان مبتلا به کوید 19 (از ابتدای 1401تاکنون)** | **مثبت** |  | **مشکوک** |  | **بهبود یافته** |  | **فوت** |  |
| **تعداد کارکنانی که با فرم بازگشت به کار مشغول به کار شده اند؟** | | | | | |  | | |
| **تعداد کل کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار برگزار شده در سال 1401** | | | | | |  | | |
| **تعداد کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار در رابطه با کوید 19 در سال 1401** | | | | | |  | | |
| **آخرین تاریخی که معاینات دوره ای طب کار انجام شده است(در صورتی که در سال ........ انجام نشده باشد)**  **تعداد کارکنان معاینه شده:** | | | | | | | | |