بسمعه تعالی

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

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| فرم گزارش اقدامات اصلاحی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی و مستندات مربوطه

|  |  |
| --- | --- |
| نام واحد صنعتی / شرکت / سازمان :نام زیر واحد / کارگاه و .... : کد واحد:  | نام کارفرما : آدرس : تلفن :  |
| نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای : تلفن تماس : موبایل: ***Email:***  |

 |

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

 تاریخ ارزیابی قبل از اقدام اصلاحی : / /

|  |  |
| --- | --- |
| ابزار نا مناسب 🖵  | توضیح : |
| جابجایی نا مناسب بار 🖵  | محاسبه بر اساس مدل wisha : میزان اولیه : | مدل اسنوک🖵میزان اولیه : میزان پیوسته : |
| ایستگاه کاری نا مناسب 🖵 | ارزیابی بر اساس روش :Rula 🖵Reba 🖵 Qec 🖵 Owas 🖵 Rosa 🖵 | سطح ریسک : |
| هل دادن و کشیدن محاسبه بر اساس مدل استوک🖵 میزان اولیه : |  |
| کار تکراری 🖵 | تعداد در دقیقه : توضیح : |

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

|  |  |
| --- | --- |
| تصویر قبل از بهسازی | تصویر بعد از بهسازی |
|  |  |

اقدام اصلاحی متناظر با حذف ریسک :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نوع ریسک | اقدام اصلاحی | تعداد افرادبهرمند | **سطح ریسک****باقی مانده :** |
| ایستگاه کار نامناسب / وضعیت بدنی نامناسب  | **اصلاح ایستگاه کار نا مناسب🖵 اصلاح وضعیت بدنی نا مناسب 🖵کنترل مدیریتی**  |  |  |
| بلندکردن / پایین آوردن بار | **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 🖵** |  |  |
| کشیدن هل دادن  | **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 🖵** |  |  |
| حمل بار | **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 🖵** |  |  |
| ابزار نا مناسب  | **استفاده از ابزار کار مناسب 🖵 کنترل مدیریتی 🖵** |  |  |
| حرکات تکراری  | **کاهش حرکات تکراری 🖵 کنترل مدیریتی 🖵** |  |  |

|  |
| --- |
| هزینه اقدام کنترلی : ریال شرح اقدام کنترلی |

تاریخ تکمیل فرم : / /

امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای صنعت : نام و امضای کارفرما ی شرکت / صنعت : نام و امضای کارشناس ناظر بهداشت حرفه ای