بسمه تعالی

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

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ........................... مرکز خدمات جامع سلامت ....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان سئوال | **بلی** | **خیر** | **موضوعیت ندارد** |
| آیا تب سنجی و غربالگری کلیه نیروها و افرادی که به محل کار وارد می شوند انجام می شود؟ |  |  |  |
| آیا از ورود و حضور افراد دارای علایم بیماری (تب، سرفه، تنگی نفس ، گلودرد، بدن درد و کوفتگی شدید) یا افراد مشکوک که دارای تماس نزدیک با فرد مبتلا هستند، ممانعت به عمل می آید؟ |  |  |  |
| آیا از سیستم های تشخیص چهره بجای کارت و یا اثر انگشت جهت ثبت ورود و خروج شاغلین استفاده می شود؟ |  |  |  |
| آیا شاغلین در مورد بهداشت فردی و پیشگیری از ابتلاء  به بیماریهای واگیر (کرونا، آنفولانزا، سارس و نظایر آن) آموزش دیده اند؟ |  |  | نفر |
| آیا با توجه به شیوع بیماری کرونا بهداشت فردی توسط کارکنان براساس پروتکل رعایت می شود؟ |  |  | نفر |
| آیا مدیر دستگاه وسایل حفاظت فردی لازم جهت پیشگیری از ابتلاء کارکنان به بیماری کرونا را تهیه و در اختیار آنها قرار داده است؟ |  |  | نفر |
| آیا کارکنان به نحو صحیح از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند؟ |  |  | نفر |
| آیا گندزدایی مرتب سرویسهای بهداشتی، رستوران، آشپزخانه، مکان های استراحت و تجمع و سرویس ایاب و ذهاب انجام میشود؟ |  |  |  |
| آیا مواد ضدعفونی کننده دست در مکان های مناسب نصب شده است؟ |  |  |  |
| آیا گزارش موارد مشکوک به بیماری توسط واحدهای کاری به مراکز بهداشتی درمانی ارسال شده است؟ |  |  |  |
| آیا کنترل های مدیریتی برای کاهش زمانی مواجهه افراد در معرض خطر در زمان وقوع اپیدمی بیماری های واگیر انجام می پذیرد؟ |  |  |  |
| آیا دستگاه بر رعایت بهداشت فردی شاغلین و استفاده از وسایل حفاظت فردی بطور روزانه نظارت می کند؟ |  |  |  |
| آیا شاغلین در سایت salamat.gov.ir ارزیابی می شوند؟ ( کلیه شاغلین می بایست حداقل یکبار غربالگری شوند ) |  |  |  |
| آیا کد بهداشتی دستگاه / اداره از سامانه **salamat.gov.ir** دریافت شده است ؟ شماره کد : |  |  |  |
| آیا پوستر یا اطلاعیه راهنمای رعایت موارد مرتبط با کنترل وپیشگیری و مقابله با کووید 19به تعداد کافی درمحل مناسب نصب شده است ؟ |  |  |  |
| آیا پوستر و اطلاعیه شست و شوی و ضد عفونی کننده دست در نقاط مختلف از جمله سرویسهای بهداشتی نصب شده است ؟ |  |  |  |
| آیا مواد ضد عفونی کننده به مقدار مناسب برای مراجعین موجود می باشد ؟ |  |  |  |
| آیا سطل زباله درپوش دار به تعداد کافی متناسب با فعالیت در محل برای مراجعین موجود است ؟ |  |  |  |
| آیاعدم استعمال دخانیات در حین کار برای شاغلین رعایت می شود ؟ |  |  |  |
| آیا گندزدایی مستمر محیط ، ابزار و تجهیزات بصورت مناسب انجام می گیرد ؟ |  |  |  |
| آیا ممنوعیت هر گونه تجمعات از جمله نماز جماعت ، سایر مراسم مذهبی ، جلسات غیر ضروری رعایت می شود ؟ |  |  |  |
| آیا پروتکل فاصله گذاری اجتماعی والزامات سلامت محیط و کار در محیط اداری در سازمان / دستگاه رعایت می شود ؟ |  |  |  |

نام اداره ...................................... نشانی.................................................. نام مدیر سازمان .................... تعداد شاغلین .............

آیا مسئول بهداشت حرفه ای دارد؟. بلی🖵 خیر🖵 نام ....................................................... نام رابط سلامت : .................

شماره موبایل رابط سلامت : شماره کد بهداشتی از سامانه **salamat.gov.ir :**

آیا موارد مشکوک یا مبتلا در آن اداره وجود داشته است ؟ بلی🖵 مشکوک ......... نفر مثبت ........... نفر

**نظریه کارشناس : موارد نقص مشاهده شده**

**نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس تکمیل کننده : تاریخ تکمیل : / / شماره مویابل بازدید کننده :**

**نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس تکمیل کننده فرم:**

**تاریخ تکمیل فرم:**