

بسمه تعالى

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

..... معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

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

فرم گزارش اقدامات اصلاحی ریسک فاکتورهای ارگونومیکی و مستندات مربوطه

آدرس ایمیل کارشناس:	تلفن (ثبت و موبایل) کارشناس:	نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه‌ای:
آدرس کارفرما: آدرس: تلفن:		نام واحد: نام زیر واحد: کد واحد:

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

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

نوع رسیک فاکتور	روش ارزیابی موجود قبل از انجام اقدام اصلاحی	میزان سطح رسیک
تاریخ ارزیابی اولیه:	تاریخ انجام اقدام اصلاحی:	تاریخ ارزیابی ثانویه:
تصویر ایستگاه کاری قبل از انجام اقدام اصلاحی	تصویر ایستگاه کاری بعد از انجام اقدام اصلاحی	
شرح اقدام اصلاحی :		
میزان سطح رسیک پس از انجام اقدام اصلاحی (حاصل از انجام ارزیابی ثانویه):		

• توجه: این صفحه می‌بایست به ازای هر ایستگاه کاری که در آن اقدام اصلاحی انجام شده است، تکمیل و در صفحه آخر، تاریخ تکمیل فرم و امضاهای درج گردد.

تاریخ تکمیل فرم : / /

امضاء کارشناس ناظر بهداشت حرفه‌ای

نام و امضاء مدیر شرکت ارزیابی کننده / صنعت

امضاء کارشناس بهداشت حرفه‌ای ارزیابی کننده