

بسمه تعالي

**گزارش فعالیت کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار**

سالیانه .... 🞎 شش ماهه اول سال ....🞎

- نام شرکت: آدرس:

نام و نام خانوادگی کارفرما/ مدیرعامل :

- نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار:

- نوع محصولات ساخته شده : 1. 2. 3.

- مواد عمده مصرفی اولیه(شیمیایی) : 1. 2. 3.

* **اطلاعات شاغلین**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | جمع  کل شاغلین |  | زن نوبت کار |  | زن روزکار |  | مرد نوبت کار\* |  | مرد روزکار\* | تعداد شاغلین |

روزکار: شاغلینی که ساعت کاریشان از ساعت 6صبح الی 16 باشد.\*

نوبت کار: کاری که خارج از مدت زمان فوق الاشاره انجام پذیرد.\*

* **اطلاعات مشاغل موجود**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عوامل زیان آور در معرض در کارگاه مربوطه | تعداد نفرات | عنوان شغل/ایستگاه کاری با ذکر نام دقیق محل کار | ردیف |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **آموزش**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ جلسه آموزشی | مدرس | تعداد افراد آموزش دیده | نوع آموزش (چهره به چهره-گروهی و ...) | موضوع جلسه آموزشی | ردیف |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* **معاینات سلامت شغلی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع معاینات انجام شده | تعداد معاینه شدگان مرد | تعداد معاینه شدگان زن | تعداد بیماری های گزارش شده در شاغلین (از میان معاینات انجام شده) | | | | | | |
| کاهش شنوایی شغلی | کمردرد شغلی | فشارخون بالا | دیابت | سیلیکوزیس | آزبستوزیس | سرطان |
| بدو استخدام |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| دوره ای |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| اختصاصی |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ترک کار |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **اقدامات کنترلی در جهت کاهش مواجهه با عوامل زیان آور**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوع عامل زیان آور | اقدامات کنترلی صورت گرفته \* | تعداد شاغلینی که اقدامات کنترلی برای آنها انجام شده است |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*درصورت انجام اقدامات کنترلی به پیوست عکس از قبل و بعد از اقدامات ارسال گردد.

**نام و نام خانوادگی کارفرما/ مدیرعامل نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت حرفه ای شرکت**

**تاریخ و امضاء تاریخ و امضاء**