**اطلاعات عمومی و مشخصات اوليه کارگاه و واحدهاي آن (فرم شماره 1 )**

**شركت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای**  ................................

**نام‌کارگاه: ............................ نام‌کارفرما: ........................... مساحت کل كارگاه(مترمربع): ......................**

**نام کارشناس بهداشت حرفه ای کارگاه :........................................................تعدادکل شاغلین: .........تعداد واحد: ........**

**محصول: ...................................................... تعداد شیفت: ......... نوع شيفتها : ..............................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| كد واحد | **نام واحد** | **فعالیت اصلی** | مساحت تقريبي  (مترمربع) | **تعداد**  **شاغلین** | **عناوين و كد مشاغل** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**نام و نام‌خانوادگی تکمیل‌کننده : ................................... سمت : ................................... تاریخ : ................... امضا**

**نام و نام خانوادگي مسئول فني شركت : ............................................... مهر و امضا**

**کروکی واحد ( فرم شماره2 )**

**نام کارگاه**: ................ نام **شركت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای :** ..................... صفحه .... از ....

**نام واحد: ............................. كدواحد: .......... طول × عرض × ارتفاع : .............................. تعداد شاغلین:..........**

**مقياس نقشه : راهنما**

TN00231_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | علامت | | آيتم | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام‌خانوادگی تکمیل‌کننده : ............................. سمت : ................................. تاریخ : .................... امضا**

**نام و نام خانوادگي مسئول فني شركت : ............................................... مهر و امضا**

نکته :

كليه اطلاعاتي كه جهت ارزيابي عوامل زيان‌آور موردنياز مي‌باشد ، ازقبيل : پنجره هاي باز يا داراي شيشه شكسته ، پنجره‌هاي بسته ، درهاي باز ، درهاي بسته ، ماشين‌آلات روشن ، ماشين آلات خاموش ، چراغهاي روشن ، چراغهاي خاموش يا خراب ، مسيرهاي تردد كارگران در گزارش‌دهي اندازه‌گيري كليه‌ي عوامل زيان‌آور محيط‌كار (صدا ، روشنايي ، عوامل هوابرد و ..) می بایست ارائه شود.

**فرم آنالیز شغل/ وظیفه مشاغل کارگاه........................ – (فرم شماره 3)**

**نام شرکت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای : ........................... صفحه ....... از .......**

**عنوان شغل : ................. کد: .......... تعداد زیر وظیفه : ....... تعداد کارگران مشمول : ...............**

**متوسط اضافه کار روزانه ( ساعت ): ........... متوسط زمان استراحت ( دقیقه ) : .......... نوع شیفت : ............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| سایر عوامل زیان آور ( نوع ) | عوامل زیان آور ارگونومیکی | | | عوامل زیان آور فیزیکی | | | | | عوامل زیان آور شیمیایی | | طبقه بندی بار کاری | زمان انجام  ( دقیقه) | شرح فعالیت ها | عنوان زیر وظیفه | عنوان وظیفه | عنوان  شغل |
| حمل بار | ابزار کار نامناسب | وضعیت های نامناسب بدن (نوع) | روشنایی | اشعه  (نوع) | استرس  گرمایی/سرمایی | ارتعاش  (نوع ) | صدا | نحوه تماس | نام ماده |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |  |
|  | 🞏 | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  | 🞏 |  |  |  |  |  |

**نام و نام‌خانوادگی تکمیل‌کننده : ....................................... سمت : ......................................... تاریخ : ............................. امضا**

**نام و نام خانوادگي مسئول فني شركت : ............................................... مهر و امضا**

**فرم شناسایی و ارزیابی اولیه عوامل زيان‌آور ( بجز شیمیایی ) (فرم شماره 4)**

**نام کارگاه**: ..................... نام **شركت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای:** ..................... نام واحد: .......... **كدواحد : .......... فعالیت اصلی : ............................ تعداد مشاغل : ........... تعداد کارگر : .......... تعداد شیفت : .........**

**متوسط ساعات اضافه‌كاري (روزانه) : .......... مساحت × ارتفاع : ........ × .........**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عامل زیان‌آور** | **منابع توليد** | تعدادکارگران درمعرض | **مشاغل درمعرض و كد** | **وضعيت سيستمهاي**  **كنترلي موجود** | **توضيحات** |
| **صدا** |  |  |  |  |  |
| **ارتعاش** |  |  |  |  |  |
| **استرس گرمايي / سرمايي** |  |  |  |  |  |
| **پرتو ماوراي بنفش** |  |  |  |  |  |
| **پرتو مادون قرمز** |  |  |  |  |  |
| **ميدان الكتريكي/مغناطيسي** |  |  |  |  |  |
| **ساير پرتوهاي غيريونساز** |  |  |  |  |  |
| **پرتو گاما** |  |  |  |  |  |
| **پرتو ايکس** |  |  |  |  |  |
| **ساير پرتوهاي يونساز** |  |  |  |  |  |
| **روشنايی نامناسب** |  |  |  |  |  |
| **درخشندگي** |  |  |  |  |  |
| **وضعيتهاي نامناسب بدن** |  |  |  |  |  |
| **حمل‌بار** |  |  |  |  |  |
| **سایر (با ذکر نام )** |  |  |  |  |  |

**نام و نام‌خانوادگی تکمیل‌کننده : ....................................... سمت : ......................................... تاریخ : ............................. امضا**

**نام و نام خانوادگي مسئول فني شركت : ............................................... مهر و امضا**

**فرم شناسایی و ارزیابی اولیه عوامل زیان آور شیمیایی ( فرم شماره 5 )**

**نام کارگاه : ............................ نام واحد :..................... نام شركت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای** ................................

**دیوار🗆 سقف 🗆 تهویه عمومی مصنوعي : ندارد🗆 دارد🗆 (روشن🗆 خاموش🗆) تهویه موضعی : ندارد🗆 دارد🗆 (روشن🗆 خاموش🗆)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام ماده** | **فرمول‌شيميايی** | **نام تجاری** | **نحوه**  **تماس** | وضعيت ماده | | | **ميزان‌مصرف**  درشيفت (واحد) | **دفعات مصرف** | **حدود مجاز**  (OEL) | **روش‌اندازه‌گيری**  (کدروش) | **مشاغل درمعرض (كد)** |
| **اوليه** | **بينابيني** | **محصول** |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 🞏 | 🞏 | 🞏 |  |  |  |  |  |

**نام و نام‌خانوادگی تکمیل‌کننده** : ....................................... سمت : ......................................... تاریخ : ............................. امضا

**نام و نام خانوادگي مسئول فني شركت** : ............................................... مهر و امضا

راهنمای تکمیل فرم شناسایی و ارزیابی اولیه عوامل زیان آور شیمیایی کارگاه

**1- ديوار – سقف**

درصورت محصوربودن كامل يا ناقص فضاي كارگاه و وجود ديوار يا سقف ، در اطراف واحد به‌نحوي‌كه منجربه محصورشدن آلاينده‌ها گردد ، در قسمت مربوطه ، علامت ( 🗸 )زده مي‌شود .

**2-تهويه عمومي مصنوعي**

درصورت عدم وجود يا وجود سيستم تهويه عمومي مصنوعي (هواكش دمنده يا مكنده يا هردو) ، حتي درصورت ناقص يا ناكارآمد‌بودن ، وضعيت روشن يا خاموش بودن آن در قسمت مربوطه با علامت ( 🗸 ) مشخص‌مي‌شود .

**3- تهويه موضعي**

درصورت عدم وجود يا وجود سيستم تهويه موضعي (حداقل شامل هواكش و هود جمع‌آوري‌كننده) ، حتي درصورت ناقص يا ناكارآمد‌بودن ، وضعيت روشن يا خاموش بودن آن در قسمت مربوطه با علامت ( 🗸 ) مشخص‌مي‌شود .

**4- نحوه تماس**

حالت اصلي و عمده‌ي تماس شاغلين با مواد موجود در كارگاه است . البته ممكن‌است براي يك ماده ، چندين حالت تماس (پوستي ، استنشاقي ، گوارشي) ، وجود داشته‌باشد كه در اين‌صورت ، ذكر بيش‌از يك حالت تماس ، بلامانع است . لارم به ذكر است حالت تماس پوستي با يك‌ماده درصورتي مهم مي‌باشد كه دراثر تماس پوستي ، احتمال جذب پوستي ماده يا عوارض موضعي روي پوست (مثل خورندگي يا تحريك) وجودداشته‌باشد . درصورتي‌كه فرد با مواد به‌صورت هوابرد تماس داشت ، بايد حالت ماده به‌صورت هوابرد ، ازقبيل گاز ، بخار ، اسپري ، گردوغبار و ذرات ، فيوم و ... نيز مشخص‌شود .

**5- وضعيت ماده**

اگر ماده‌ي موردنظر در كارگاه ، به‌عنوان ماده اوليه براي انجام يك فرايند مورداستفاده قرارمي‌گيرد ، ماده اوليه مي‌باشد . مايعات روانكاري (آب‌صابون و...) و الياف عايقكاري خطوط لوله و كوره‌ها (پشم‌سنگ ، پشم شيشه و...) ، از اين‌جمله مي‌باشد . اگر ماده ، نتيجه فرايندهاي موجود در واحد بود ، محصول تلقي مي گردد ، و اگر ماده در ماده‌اي در همان واحد توليد و سپس مجدداً جهت توليد ماده‌اي ديگر مورداستفاده قرارمي‌گرفت ، بينابيني تلقي مي‌شود . دراين‌گروه ، مواد توليدشده‌ي ناخواسته ، مثل دمه‌هاي فلزي نيز ، قرارمي‌گيرند .

**6- ميزان مصرف در شيفت**

جهت تعيين ميزان حدودي مواجهه شاغلين ، ميزان متوسط مصرف ماده درطول يك شيفت ، مشخص مي‌شود . در اين‌مورد ، ذكر توضيحاتي ضروري مي‌باشد :

- چون اين‌فرم جهت ذكر كليه مواد موجود در واحد است ، لذا ذكر اطلاعات مواد توليدشده درواحد نيز ضروري مي‌باشد . بنابراين در قسمت ميزان مصرف ، ميزان توليد مواد توليدي ، درج مي‌شود .

- اگر ميزان توليد يا مصرف ماده‌اي مشخص نبود (مثل ميزان بخارات اسيدي يا ميزان دمه‌هاي فلزي و ...) ، ذكر ميزان آنها ضروري نمي‌باشد .

- واحد مصرف ، همان تن ، كيلوگرم يا ليتر و... است

**7- دفعات مصرف**

ممكن‌است ماده‌اي در كل زمان فعاليت واحد در آن وجود داشته باشد ويا ممكن‌است فقط در زمانهاي خاصي مورداستفاده باشد ، در اين صورت بايد در قسمت‌مربوطه وضعيت آن مشخص‌شود ، مثلاً : كل شيفتها ، ماهي يك‌بار ، روزي دوساعت و... . بديهيست اين بخش باتوجه به متوسط كاركرد كارگاه و به صورت كلي تكميل مي‌شود

**جمع‌بندي نهايي ارزیابی اوليه (فرم شماره 6)**

**شركت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای** ..................... **نام کارگاه**: .....................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **عامل زيان‌آور** | | **كد واحد** | **كد مشاغل** | **حداقل تعدادمواردسنجش** |
| **صدا** | **دوزيمتري** |  |  |  |
| **موضعي** |  |  |  |
| **آناليز فركانس** |  |  |  |
| **عمومي** |  |  |  |
| **روشنايي عمومي** | |  |  |  |
| **روشنايي موضعي** | |  |  |  |
| **درخشندگي** | |  |  |  |
| **ارتعاش تمام‌بدن** | |  |  |  |
| **ارتعاش دست – بازو** | |  |  |  |
| **استرس گرمايي (براساس روش)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **استرس سرمايي** | |  |  |  |
| **پرتوها**  **(براساس‌نوع ‌پرتووروش)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **عوامل ( شیمیایی ) هوابرد**  **(براساس نوع و حالت آلاينده ، روش و هدف)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **پوسچر بدن (براساس روش)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **حمل بار** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**نام و نام‌خانوادگی تکمیل‌کننده : ................................. سمت : .............................. تاریخ : ................ امضا**

**نام و نام خانوادگي مسئول فني شركت : ............................................... مهر و امضا**