

گروه بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی گیلان

مرکز بهداشت شهرستان

چک لیست نظارت حین انجام معاینات دوره ای در واحد کاری

در صورت منفی بودن پاسخ گزینه های * "ستاره دار" از انجام معاینات جلوگیری به عمل آید و پس از اصلاح ادامه معاینات منعی ندارد.

جدول الف :

(۱) آیا زمان انجام معاینات دوره ای شاغلین از قبل توسط واحد کاری / مرکز تخصصی طب کار / پزشک دارای مجوز به مرکز بهداشت اعلام شده است ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	(۲) آیا طی زمان اعلام شده ، معاینات انجام گرفته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
(۳) * آیا قرارداد انجام معاینات دوره ای بین کارفرما و مرکز تخصصی طب کار / پزشک عمومی دارای مجوز تنظیم شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

جدول ب : مشخصات تیم انجام دهنده معاینات

عنوان	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی / سمت	صلاحیت *		توضیحات
			دارد	ندارد	
پزشک					
کارشناس بهداشت حرفه ای					
اسپیرومتری					
ادیومتری					
آزمایشگاه					

جدول ج :

ردیف	شرح موارد	بلی	خیر	توضیحات
۱	* آیا در واحد های کاری بالای ۵۰ نفر فرم طراحی معاینات (پلان طب کار) پیش از انجام معاینات توسط مرکز تخصصی طب کار / پزشک عمومی دارای مجوز تکمیل شده است ؟			مطابق راهنما
۲	* آیا سقف تعداد معاینات شاغلین توسط پزشک در یک روز رعایت می شود ؟ (حداکثر ۵۰ ویزیت)			
۳	* آیا اتاق مجزا و مناسب برای معاینات شاغلین توسط پزشک فراهم شده است ؟			
۴	* آیا برای درخواست تست اسپیرومتری فرم مربوطه توسط پزشک ، شاغل و اپراتور تکمیل شده است ؟			
۵	* آیا از حضور سایر افراد در اتاق های معاینات جلوگیری به عمل می آید ؟			
۶	* آیا فاصله مناسب برای بینایی سنجی توسط E_Chart رعایت شده است ؟			
۷	* آیا مکان انجام تست شنوایی سنجی از سکوت لازم برخوردار است ؟			
۸	* آیا دستگاه ادیومتر دارای گواهی کالیبراسیون معتبر می باشد؟			
۹	* آیا سوالات مربوط به سابقه شخصی ، خانوادگی و ... مطابق پاسخ شاغل در پرونده پزشکی به درستی و پیش از انجام معاینات تکمیل شده است ؟			
۱۰	آیا بخش های مربوط به کارشناسی بهداشت حرفه ای در پرونده پزشکی شاغل توسط ایشان به درستی تکمیل شده است ؟			
۱۱	آیا ترتیب انجام مراحل تکمیل پرونده پزشکی رعایت می گردد ؟ (تکمیل جداول ۱ تا ۴ قبل از معاینه پزشک ضروری است)			
۱۲	آیا تکمیل پرونده پزشکی توسط پزشک در زمان معاینه صورت می گیرد؟			
۱۳	آیا انجام مراحل نمونه گیری و انتقال نمونه ها به آزمایشگاه توسط پرسنل آزمایشگاه مطابق دستورالعمل های مربوطه می باشد؟			

جدول د : آیا تجهیزات فنی مورد نیاز موجود می باشد : بلی ✓ خیر ✗

*تخت (معاینه)	*گوشی	* فشار سنج	* اتوسکوپ	*ترازو	
نوار قلب	موارد دیگر ، حسب لزوم با ذکر نام :		*قد سنج	

امضاء و تاریخ بررسی و نظارت:

نام و نام خانوادگی بازرس بهداشت حرفه ای:

"راهنمای تکمیل چک لیست"

در جدول الف : در صورت عدم تنظیم قرارداد فیما بین پزشک و کارفرمایان کارگاههای بالای ۲۰ نفر، مراتب طی مکاتبه ای به معاونت بهداشتی جهت ارائه به سازمان بازرسی کل استان و اداره کل امور مالیاتی استان اعلام گردد.

در جدول ب پزشکان مجاز به انجام و تفسیر اسپرومتری مطابق اعلام مرکز سلامت محیط و کار و انجمن اسپرومتری ایران به شرح ذیل می باشند:

- متخصصین رشته های داخلی ریه، جراحی توراکس، ایمنولوژی و آلرژی اطفال، طب کار می توانند بدون ارائه گواهی آموزش مبادرت به انجام و تفسیر اسپرومتری نمایند.
- متخصصین رشته های داخلی و کودکان در صورت ارائه گواهی دوره آموزش از بخش های آموزشی دانشگاهی و یا انجمن جامعه متخصصین ریه می توانند به انجام و تفسیر اسپرومتری بپردازند.
- متخصصین داخلی فارغ التحصیل سال ۱۳۷۹ و قبل از آن در صورت نداشتن گواهی از دانشگاه مربوطه برای انجام و تفسیر اسپرومتری ملزم به ارائه دوره باز آموزی بدون یا گواهی جامعه متخصصین داخلی می باشند.
- با توجه به اینکه از سال ۱۳۸۰ به بعد انجام و تفسیر اسپرومتری جزء برنامه آموزشی دستیاران داخلی قرار داشته و نامبردگان در این زمینه مورد آزمون قرار می گیرند، لذا مطابق مکاتبه شماره ۱۰۷۴۸۵۰ مورخ ۱۳۸۷/۹/۱۷ معاونت سلامت وزارت متبوع لزومی به ارائه گواهی جداگانه برای انجام و تفسیر اسپرومتری ندارند.

در جدول ب :

اسامی افراد صلاحیت دار در سایت معاونت بهداشتی گیلان در بخش گروه بهداشت حرفه ای بارگذاری شده است.
(انجام تست شنوایی سنجی فقط توسط ادیولوژیست مورد تایید می باشد.)

در جدول ج : سوال شماره ۱

طراحی معاینات سلامت شغلی در واحد های کاری بالای ۵۰ نفر می بایست در قالب فرم پیشنهادی ذیل و یا فرمت دیگری با حفظ محتوای مربوطه انجام شده و قبل از انجام معاینات مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد.
ضروری است بخش های عناوین شغلی و مواجهات شغلی با همکاری کارشناس بهداشت حرفه ای شاغل در واحد کاری تکمیل گردد.

فرم طراحی معاینات سلامت شغلی (پلان طب کار)

نام کارگاه (واحد کاری):

تاریخ بررسی اولیه محیط کار جهت انجام معاینات (Walk Through):

آیا فضای فیزیکی مناسب و امکانات کافی برای انجام معاینات سلامت شغلی در محل واحد کاری فراهم می باشد؟ بلی خیر

نام کارشناس بهداشت حرفه ای کارگاه : نام پزشک معاینه کننده :

نام زیر واحد کاری	عناوین شغلی	تعداد شاغلین	عوامل زیان آور (مواجهات شغلی شاغل)	شرح معاینات تخصصی	نوع آزمایشات	نوع باراکلینیک

نام و امضای کارشناس بهداشت حرفه ای تیم معاینات سلامت شغلی : تاریخ تکمیل فرم :

مهر و امضای مسئول فنی مرکز تخصصی طب کار / پزشک عمومی:

چک لیست نظارت بعد از انجام معاینات دوره ای در واحد کاری.....

جدول الف :

۱) آیا زمان انجام معاینات دوره ای شاغلین از قبل توسط واحد کاری / مرکز تخصصی طب کار / پزشکی دارای مجوز به مرکز بهداشت اعلام شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲) آیا طی زمان اعلام شده ، معاینات انجام گرفته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳) آیا قرارداد انجام معاینات دوره ای بین کارفرما و مرکز تخصصی طب کار / پزشکی دارای مجوز تنظیم شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

جدول ب : مشخصات تیم انجام دهنده معاینات

عنوان	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی / سمت	صلاحیت دارد	صلاحیت ندارد	توضیحات
پزشک					
کارشناس بهداشت حرفه ای					
اسپیرومتری					
ادیومتری					
آزمایشگاه					
سایر					

جدول ج :

ردیف	شرح موارد	بلی		توضیحات
		مطلوب	نامطلوب	
۱	آیا معاینه در فاصله زمانی مناسب (آغاز تا پایان کلیه مراحل) انجام یافته است؟			
۲	آیا جدول ۱ (مشخصات فردی شاغل) در فرم پرونده پزشکی به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۳	آیا جدول ۲ (سوابق شغلی) در فرم پرونده پزشکی به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۴	آیا جدول ۳ (ارزیابی عوامل زیان آور شغلی) در فرم پرونده پزشکی به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۵	آیا جدول ۴ (سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی) در فرم پرونده پزشکی به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۶	آیا بخش اول جدول ۵ (معاینات) در فرم پرونده پزشکی به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۷	آیا بخش علائم حیاتی و نشانه ها از جدول ۵ (معاینات) در فرم پرونده پزشکی به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۸	در صورت مثبت بودن هر آئیم آیا توضیحات تفصیلی ثبت شده است؟			
۹	آیا توسط پزشک آزمایشات پاراکلینیکی مناسب درخواست گردیده است؟			
۱۰	انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			آیا جدول ۶ آزمایش ها (در صورت لزوم) به نحو صحیح تکمیل شده است؟
	برگ آزمایش الصاق شده است؟			
	تاریخ و نتیجه آزمایش های تخصصی/واکسیناسیون ثبت شده است؟			
	انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			
۱۱	آیا تست حدت بینایی در صورت نیاز انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			آیا جدول ۷ به نحو صحیح تکمیل شده است؟
	آیا تست دید رنگی در صورت نیاز انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			
	آیا تست دید عمق در صورت نیاز انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			
	انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			
۱۱	تاریخ و تفسیر آزمایش ثبت شده است؟			آیا جدول ۷ به نحو صحیح تکمیل شده است؟
	فرم ادیوگرام الصاق شده است؟			
	انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			
	تاریخ و تفسیر آزمایش ثبت شده است؟			
۱۱	برگ اسپیرومتری الصاق شده است؟			آیا جدول ۷ به نحو صحیح تکمیل شده است؟
	انجام و عدد آن در فرم ثبت شده است؟			
	تاریخ و تفسیر آزمایش ثبت شده است؟			
	برگ اسپیرومتری الصاق شده است؟			
۱۱	(P-A) CXR			آیا جدول ۷ به نحو صحیح تکمیل شده است؟
	ECG			
	سایر اقدامات پاراکلینیکی (در صورت لزوم)			
	ذکر سایر موارد.....			
۱۲	در صورتیکه واحد کاری مشمول برنامه POPS ، حذف و کنترل سیلیکوزیس و... بوده ، آیا معاینات بر اساس دستورالعمل های مربوطه انجام شده است؟			
۱۳	آیا جدول ۸ (ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها) در صورت نیاز به ارجاع به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۱۴	آیا جدول ارجاعات پزشکی تکمیل شده و اطلاعات در خصوص پرونده های ارجاع شده در دسترس می باشد؟			
۱۵	آیا جدول شماره ۹ نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی در خصوص کارشاغل به نحو صحیح تکمیل شده است؟			
۱۶	آیا گزارش نهایی و تحلیلی معاینات با توجه به اهداف پیشگیرانه برنامه معاینات شاغلین به کارفرما ارائه شده است؟			
۱۷	آیا نتیجه معاینات و توصیه های لازم به شاغل اطلاع داده شده است؟			
۱۸	در صورتیکه واحد کاری دارای مواد شیمیایی مشمول پایش شاخصهای بیولوژیک تماس بوده ، آیا این پایش انجام شده است؟			
۱۹	نام مواد شیمیایی مشمول پایش موجود در واحد کاری :			
۲۰	نام مواد شیمیایی که توسط شاخصهای بیولوژیک تماس پایش شده اند :			

دستور العمل تکمیل چک لیست نظارت بعد از انجام معاینات دوره ای

- چک لیست نظارت بر معاینات با توجه به بررسی پرونده های پزشکی شاغلین در واحد کاری توسط بازرسان بهداشت حرفه ای تکمیل می شود.
- جهت تکمیل چک لیست نظارت لازم است حداقل به تعداد ۱۰ درصد کل پرونده های پزشکی شاغلین واحد کاری توسط بازرس بهداشت حرفه ای انتخاب و بررسی گردد. (به گونه ای که تعداد بررسی های انجام شده کمتر از ۳۰ مورد نباشد)
 - در واحدهای کاری بالای ۲۰ نفر و چند واحدی به نحوی پرونده ها انتخاب گردد که از هر زیر واحد کارگاهی به تعداد مناسب پرونده انتخاب و بررسی گردد.
- در جدول ب؛ نام و نام خانوادگی افراد تیم انجام دهنده معاینات با توجه به نوع فعالیت انجام یافته درج گردد، و جهت بررسی صلاحیت پرسنل مراکز تخصصی طب کار با اسامی بارگذاری شده در سایت معاونت بهداشتی در بخش گروه بهداشت حرفه ای مطابقت داده شود. ضمناً در مقابل آزمایشگاه درج (مدرک تحصیلی - سمت) موضوعیت نداشته و لازم است در قسمت توضیحات نام آزمایشگاه نوشته شود.
 - در جدول ج موردی که موضوعیت ندارد در قسمت توضیحات ذکر گردد و در صورت بلی بودن پاسخ هر سوال، مطلوب یا نامطلوب بودن شیوه تکمیل آیتم مورد نظر در پرونده پزشکی شاغل به دقت بررسی و علامت ✓ در سلول مناسب درج گردد.
 - در ردیف ۱ زمان معاینه برای هر فرد از زمان تکمیل جدول معاینات توسط پزشک تا اعلام نظر نهائی نباید از یک ماه بیشتر باشد و محدودیت انجام معاینات همه ی شاغلین حداکثر تا پایان هر سال رعایت گردد.
 - از ردیف ۲ تا ۹ با توجه به فرم معاینات لازم است تمامی قسمت های فرم به دقت تکمیل شده باشد.
 - در ردیف ۱۰ انجام یا عدم انجام آزمایشات پاراکلینیکی و نحوه ثبت آنها بررسی و علامت ✓ در سلول مناسب درج گردد.
 - در ردیف ۱۱ تطابق آزمایشات پاراکلینیکی انجام یافته شامل اسپیرومتری، ادیومتری و... با عوامل زبان آور محیط کار کارگر بررسی گردد.
 - در ردیف ۱۲ در صورت بلی بودن می بایست انجام معاینات شاغلین بطور ۶ ماهه بررسی گردد و در خصوص برنامه حذف و کنترل سیلیکوزیس می بایست، شیوه تکمیل فرم شماره یک معاینه شاغلین در معرض سیلیس و همچنین نیاز به CXR بررسی گردد.
 - در ردیف ۱۳ در صورت نیاز به ارجاع، علت و نتیجه ارجاع بررسی شود. (استفاده از فرم ارجاع به متخصص طب کار مطابق راهنمای مربوطه بررسی شود)
 - در ردیف ۱۴ اطلاعات جدول ارجاعات پزشکی شامل نام کارگر - بیماری شغلی - محل کار - عنوان شغلی - سن - جنس - سابقه کار بررسی گردد.
 - در ردیف ۱۵ نحوه اظهار نظر پزشک معاینه کننده و مهر و امضا تاریخ اظهار نظر پزشک معاینه کننده و توصیه های نهایی پزشک بررسی شود. این قسمت باید به طور کامل توسط پزشک معاینه کننده تکمیل و امضا و مهر گردد.
 - در ردیف ۱۶ و ۱۷ نحوه گزارش نتیجه معاینات به کارفرما و شاغل بررسی گردد.
 - در ردیف ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ در صورتیکه واحد کاری مشمول پایش شاخصهای بیولوژیک تماس نباشد، با علامت - مشخص گردد.
 - در صورتیکه هر یک از اعضای تیم انجام دهنده معاینات مندرج در جدول "ب" فاقد صلاحیت لازم برای انجام فعالیت مرتبط باشند معاینات مورد تأیید نبوده و مجدداً با نیروهای دارای صلاحیت تکرار شود ولی در صورت نامطلوب بودن و یا عدم انجام هر یک از فعالیت های مندرج در جدول "ج" نواقص به واحد کاری طی مکاتبه اداری اعلام گردد.
 - در صورت لزوم به همراه چک لیست، شرح نواقص برای کارفرما ارسال و رفع نواقص اعلام شده جهت تأیید معاینات دوره ای بعد تأکید گردد.
 - چک لیست در سه نسخه تکمیل گردد. نسخه اول از چک لیست تکمیل شده به واحد کاری، نسخه دوم به معاونت بهداشتی دانشگاه تحویل داده شده و نسخه سوم در مرکز بهداشت شهرستان در پرونده واحد کاری مربوطه بایگانی می گردد.