

نام فرم: گزارش دهی بررسی وضعیت عوامل ارگونومیک ایستگاههای کار دوره تکمیل فرم: یکسال

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری  مرکز بهداشتی درمانی روستایی  خانه بهداشت  پایگاه بهداشتی نام واحد صنعتی..... نوع مالکیت خصوصی دولتی ...  به خصوصی  شرکت تعاونی.....

توليدات..... نام سالن مورد بررسی در کارگاه ..... آدرس.....

تاریخ بازدید و بررسی..... تعداد شاغلین در ایستگاه .....

۱- نحوه انجام کار در ایستگاههای کاری به چه صورت می باشد؟

۱،۱ ایستاده  تعداد شاغلین..... ۱،۲ نشسته  تعداد شاغلین.....

۲ - در صورتیکه فعالیت کاری در ایستگاهها به صورت نشسته انجام می گیرد

۲،۱- تعداد کل صندلیهای مورد استفاده .....

۲،۲- تعداد کل صندلی های که دارای پشتی مناسب می باشند..... ۲،۳- تعداد کل صندلی های که دارای بلندی مناسب می باشند..... ۲،۴- تعداد صندلی های که دارای دسته

قابل تنظیم می باشند.....

۲،۵- وضعیت سطح کار به چه صورت می باشد؟

ارتفاع سطح کار به سانتیمتر..... ۲،۶- تعداد شاغلین که سطح کار آنان دارای ارتفاع مناسب می باشد ..... ۲،۷- تعداد شاغلین که دسترسی مناسب به کار

دارند.....

۲،۸- تعداد کل زیر پایي موجود در ایستگاه .....

۲،۹- نوع زیر پایي تک نفره  نصب یکسره روی میز (عمومی)  ۲،۱۰- تعداد زیر پایي مناسب موجود .....

۳- در صورتیکه فعالیت کاری در ایستگاهها به صورت ایستاده انجام می گیرد

۳،۱- ارتفاع سطح کار به سانتیمتر.....

۳،۲- تعداد کل شاغلین در ایستگاه .....

۳،۳- تعداد شاغلینی که در طول شیفت کاری بصورت ثابت در ایستگاه کاری بصورت ایستاده کار انجام می دهند.....

۳،۴- تعداد شاغلینی که در طول شیفت کاری در ایستگاه کاری ایستاده راه می روند و کار انجام می دهند .....

۳،۵- تعداد شاغلین که سطح کار آنان دارای ارتفاع مناسب می باشد .....

۳،۶- تعداد شاغلین که دسترسی مناسب به کار دارند.....

۳،۷- تعداد شاغلینی که زیر پایي مناسب دارند .....

۳،۸- تعداد فوم های مورد استفاده در ایستگاه .....

۳،۹- تعداد صندلی های که در هنگام استراحت می توانند از آن استفاده کنند.....

نام تکمیل کننده فرم:

سمت .....

نام مسول واحد:

امضا