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

کد فرم: م . ع-1

**تعداد مراكز بهداشت شهرستان تابعه ….. معاونت بهداشتی شهید بهشتی**

**جدول 1: تعداد شاغلین و میزان تولید پسماند و اقدامات قانونی به تفکیک نوع مرکز/ واحد**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| احکام صادره توسط مراجع ذی صلاح | معرفی به دادگاه عمومی | ابلاغ کتبی نواقص توسط بازرس بهداشت حرفه ای | تعداد مراکز بازدید شده[[1]](#footnote-1) | تعداد شاغلین | تعداد  |  نوع اقدامات قانونی نوع مرکز/ واحد |
|  |  |  |  |  |  | بیمارستانی و مراكز بهداشتي درماني |
|  |  |  |  |  |  | شهرداری  |
|  |  |  |  |  |  | 19 نفر شاغل و کمتر  | کارگاه |
|  |  |  |  |  |  | 49-20 |
|  |  |  |  |  |  | 499-50 |
|  |  |  |  |  |  | 500 نفر و بیشتر |
|  |  |  |  |  |  | اداره/ مركز / موسسات دولتی و شرکت‌های خصوصی خدماتی |

معاونت بهداشتی دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............ **شهید بهشتی – سال 1401**

کد فرم: م . ع-2

**جدول 2: جمع بندی تعداد شاغلین پسماندها به تفکیک مرحله / نوع عملیات کار و نوع پسماند[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  نوع پسماند مرحله / نوع عملیات کار با پسماندها | **عادی** | **بیمارستانی** | **کشاورزی** | **صنعتی** | **ویژه (مخاطره آمیز)** | **ملاحظات** |
| جمع آوری | دستی |  |  |  |  |  | **-** |
| ماشینی |  |  |  |  |  | **-** |
| حمل و نقل |  |  |  |  |  | **-** |
| باز یافت |  |  |  |  |  | **-** |
| پردازش |  |  |  |  |  | **-** |
| انبار |  |  |  |  |  |  |
| دفع |  |  |  |  |  |  |
| جمع کل |  |  |  |  |  |  |
| اولویت |  |  |  |  |  |  |

معاونت بهداشتی دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............ **شهید بهشتی – سال 1401**

کد فرم: م . ع-3

**جدول 3: وضعیت اقدامات انجام شده[[3]](#footnote-3) به تفکیک نوع مرکز/ واحد**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تعداد واحد شغلی دارای تشکیلات بهداشت حرفه ای** | **تعداد شاغلینی که به تسهیلات بهداشتی مناسب دسترسی دارند.** | **تعداد شاغلین تحت پوشش معاینات سلامت شغلی** | **تعداد شاغلین شرکت کننده در دوره های آموزشی** | **تعداد شاغلین دارای وسایل حفاظت فردی مناسب** |   **نوع اقدامات انجام شده****نوع مرکز/ واحد** |
|  |  |  |  |  | بیمارستانی و مراكز بهداشتي درماني |
|  |  |  |  |  | 0شهرداری  |
|  |  |  |  |  | 19 نفر شاغل و کمتر  | کارگاه |
|  |  |  |  |  | 49-20 |
|  |  |  |  |  | 499-50 |
|  |  |  |  |  | 500 نفر و بیشتر |
|  |  |  |  |  | اداره/ مركز / موسسات دولتی و شرکت‌های خصوصی خدماتی |

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

سمت: کارشناس بهداشت حرفه ای : کارشناس ستادی

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء:

1. - در مواردی که برای پیگیری از رفع نواقص چند بار بازدید انجام شده در ثبت آن فقط بازدید اولیه منظور می گردد. [↑](#footnote-ref-1)
2. - جمع ستون های جداول شماره 6 که توسط مراکز بهداشت شهرستان تابعه تکمیل شده است در هر ستون منظور می گردد. [↑](#footnote-ref-2)
3. - تعداد شاغلین برخوردار از امکانات بهداشتی به تفکیک نوع مرکز/ واحد [↑](#footnote-ref-3)