



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

فرم خوداظهاری انجام خدمات آلاینده سنجی

مشخصات شرکت مورد ارزیابی			
نام محل آلاینده سنجی :	نام مدیر عامل :	تعداد شاغلین :	
تلفن تماس :	تاریخ آلاینده سنجی :	تاریخ ارزیابی اولیه: ۱۴۰۲/...../.....	ساعت آلاینده سنجی:
آدرس کارخانه :	تلفن مشاور صنعت:	تاریخ تکمیل فرم:	

مشخصات شرکت اندازه گیری کننده		شماره تماس - موبایل:	
نام شرکت ارائه دهنده خدمت:	نام مدیر عامل:	نام مسئول فنی:	مدرک تحصیلی مسئول فنی:
ردیف	نام و نام خانوادگی کارشناسان همکار	مدرک	نحوه همکاری با شرکت
			تمام وقت / پاره وقت
۱			
۲			
۳			
نظریه بازرس			آیا مسئول فنی در شرکت حضور دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر کلیه کارشناسان کارت شناسایی دارند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

مشخصات واحد تولیدی					
نام واحد / سالن	مواد اولیه/بینابینی	آلاینده ها در معرض مواجهه	ابعاد (طول×عرض)	تعداد کارکنان	محصول نهایی

در صورت لزوم ردیف اضافه شود

تعیین اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار
در صورتی که تعداد و موارد ارزیابی به درخواست کارفرما/نماینده کارفرما می باشد، مسئول فنی نظر خود را در خصوص سایر عوامل زیان آور در محل کار که ارزیابی نمی شوند، بیان نماید؟



فرم خوداظهاری انجام خدمات آلاینده سنجی

الف - عوامل فیزیکی :

صدا / روشنایی		
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام وسیله کالیبراسیون:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
<p>آیا دستگاه های مورد استفاده در پروژه مطابق با خوداظهاری می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا عملکرد دستگاه های اندازه گیری مطلوب است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا نقشه ترسیم شده با چیدمان دستگاهی و ابعاد سالن مطابقت دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا روش انجام کار مطلوب می باشد؟ (شبکه بندی، سرعت پاسخ دستگاه، شبکه دستگاه و ...) <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>سایر توضیحات:</p>		نظریه بازرس

در صورت لزوم ردیف اضافه شود

پرتو / میدان الکترومغناطیس / تهویه / استرس گرمایی / ارتعاش / دوزیمتری صدا		
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
<p>آیا دستگاه های مورد استفاده در پروژه مطابق با خوداظهاری می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا عملکرد دستگاه های اندازه گیری مطلوب است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا روش انجام کار مطلوب می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>سایر توضیحات:</p>		نظریه بازرس



فرم خوداظهاری انجام خدمات آلاینده سنجی

ارزیابی ارگونومی			
روشن ارزیابی نرم افزار - مشاهده ای	پوسچر / وضعیت بدن / نوع فعالیت کار تکراری - کار اداری - پوسچر نشسته - پوسچر ایستاده - حمل بار - ابزار کار	شیفت کاری	ایستگاه کاری
آیا روش مناسب جهت ارزیابی انتخاب شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا روش انجام کار مطلوب می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر سایر توضیحات:			نظریه بازرس

ب- عوامل شیمیایی :

نمونه برداری عوامل شیمیایی		
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام دستگاه:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام وسیله کالیبراسیون:	سریال دستگاه:	تاریخ کالیبراسیون:
نام آزمایشگاه طرف قرارداد:		
آیا دستگاه های مورد استفاده در پروژه مطابق با خوداظهاری می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا عملکرد پمپ های اندازه گیری مطلوب است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا نمودار کالیبراسیون روتامتر موجود است؟ ضریب اصلاح در تعیین دبی لحاظ شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا در پایان نمونه برداری دبی مجدد چک شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر سایر توضیحات:		نظریه بازرس

در صورت لزوم ردیف اضافه شود



فرم خوداظهاری انجام خدمات آلاینده سنجی

نمونه برداری عوامل شیمیایی و بیولوژیک

مدت نمونه برداری min	دبی نمونه برداری lit	نمونه بردار مورد استفاده	تعداد نمونه مورد نیاز	روش نمونه برداری	کنترل‌های موجود	مدت زمان مواجهه شاغلین	تعداد افراد در معرض	وضعیت توزیع آلاینده	نام آلاینده	نام واحد

آیا یک نفر ناظر به منظور جلوگیری از مداخله کارگران در مدت زمان نمونه برداری حضور دارد؟ بلی خیر

آیا حمل نمونه مطابق با روش می باشد؟ بلی خیر

محل نصب پمپ و هولدر مطلوب است؟ بلی خیر

دمای و فشار هوا اندازه گیری شده است؟ بلی خیر

دبی و مدت زمان نمونه برداری مطلوب و مطابق با استاندارد است؟ بلی خیر

الزامات لازم در خصوص انتخاب و استفاده از مدیای نمونه برداری در نظر گرفته شده است؟ (صحت فیلتر، لوله جاذب سالم و...) بلی

خیر

آیا نمونه شاهد تهیه شده است؟ بلی خیر

سایر توضیحات:...

نظریه
بازرس



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

فرم خوداظهاری انجام خدمات آلاینده سنجی

مشخصات بازرس ناظر

امضاء	تاریخ بازدید :	نام و نام خانوادگی :
امضاء کارفرما/نماینده کارفرما در روز نظارت اخذ گردد	امضاء مشاور صنعت / بیمارستان	امضاء مسئول فنی

در صورت مشاهده موارد زیر از انجام آلاینده سنجی جلوگیری شود :

عدم حضور مسئول فنی

عدم انجام ارزیابی اولیه توسط مسئول فنی در محل کارخانه

عدم ارسال فرم ارزیابی یک هفته قبل از نمونه برداری

همراه نداشتن روتامتر و عدم کالیبره نمودن ست نمونه برداری (فقط بخش اندازه گیری عوامل شیمیایی حذف گردد)

همراه نداشتن کالیبراتور صدا سنج / دوزیمتر (فقط بخش اندازه گیری صدا حذف گردد)

استفاده از تجهیزات نامناسب و یا غیر استاندارد (مانند پمپ دبی پایین برای دبی های زیر ۱ لیتر بر دقیقه و یا آنومتر پره ای

یا حرارتی با توجه به هدف نمونه برداری) (فقط قسمت دارای نقص حذف شود)

در صورتی که کارشناسان همراه از کارشناسان تایید شده نباشند .

در صورتی که دستگاه های مورد استفاده شرکت خارج از لیست تایید شده معاونت باشد .(هر شرکت صرفاً مجاز به

استفاده از ۳۰ درصد دستگاه به صورت امانت می باشد که الزام به تهیه مجوز از معاونت دارد.)

در صورت همراه نبودن گواهی کالیبراسیون معتبر دستگاه ها و تجهیزات مورد استفاده.