|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بسمه تعالی**  **وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی- مرکزسلامت محیط وکار**  **دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه- مرکزبهداشت شهرستان ....................سال 1390** | | | |
| **فرم ارسال گزارشات مربوط به اجرای فازچهارم برنامه عملیاتی ارگونومی** | | | |
| **گزارش مرحله اول(سه ماهه اول سال)** | | | |
| تعدادکارشناسان مشمول برنامه درشبکه | تعدادکارشناسان آموزش دیده درزمینه نرم افزارارگونومی | تعدادپرسنل بهداشتی مستقردرتشکیلات کارگاهی | تعدادپرسنل بهداشتی شاغل درتشکیلات کارگاهی که درزمینه نرم افزارهای ارگونومی آموزش دیده اند |
|  |  |  |  |
| **نام ونام خانوادگی وامضاء مسئول واحد ...................... نام ونام خانوادگی وامضاء تکمیل کننده فرم........................................... تاریخ................** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بسمه تعالی**  **وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی- مرکزسلامت محیط وکار**  **دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه- مرکزبهداشت شهرستان ....................سال 1390** | | | |
| **فرم ارسال گزارشات مربوط به اجرای فازچهارم برنامه عملیاتی ارگونومی** | | | |
| **گزارش مرحله دوم(سه ماهه دوم سال)** | | | |
| تعدادکارفرمایان مشمول برنامه | تعدادکارفرمایان آموزش دیده مشمول برنامه | تعدادارزیابی های انجام شده به کمک نرم افزارتوسط پرسنل بهداشتی شاغل درتشکیلات کارگاهی(مستندات ضمیمه شود) | تعدادارزیابی های انجام شده به کمک نرم افزارتوسط کارشناسان شبکه (مستندات ضمیمه شود) |
|  |  |  |  |
| **نام ونام خانوادگی وامضاء مسئول واحد ...................... نام ونام خانوادگی وامضاء تکمیل کننده فرم........................................... تاریخ................** | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بسمه تعالی**  **وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی- مرکزسلامت محیط وکار**  **دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه- مرکزبهداشت شهرستان ....................سال 1390** | | | | | |
| **فرم ارسال گزارشات مربوط به اجرای فازچهارم برنامه عملیاتی ارگونومی** | | | | | |
| **گزارش مرحله سوم(سه ماهه سوم سال)** | | | | | |
| تعدادکارگران مشمول برنامه | تعدادکارگران آموزش دیده مشمول برنامه | تعداددفعات پایش ونظارت | تعدادکارگاههایی که بدون مراجعه به مراجع ذیصلاح حقوقی اقدام به کنترل حداقل یک عامل زیان آورارگونومیکی نموده اند | تعدادکارگاههایی که با مراجعه به مراجع ذیصلاح حقوقی اقدام به کنترل حداقل یک عامل زیان آورارگونومیکی نموده اند | تعدادکارگاههایی که اقدام به کنترل حداقل یک عامل زیان آورارگونومیکی نموده اند |
|  |  |  |  |  |  |
| **نام ونام خانوادگی وامضاء مسئول واحد ...................... نام ونام خانوادگی وامضاء تکمیل کننده فرم................................... تاریخ................** | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **بسمه تعالی**  **وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی- مرکزسلامت محیط وکار**  **دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه- مرکزبهداشت شهرستان ....................سال 1390** | | | |
| **فرم ارسال گزارشات مربوط به اجرای فازچهارم برنامه عملیاتی ارگونومی** | | | |
| **گزارش مرحله چهارم(سه ماهه چهارم سال)** | | | |
| تعدادپیگیریهای انجام شده جهت رفع نواقص عوامل ارگونومیکی | تعدادکارگاههایی که ازطریق شرکتهای خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای اقدام به بهسازی محیط کارازنظر ارگونومی نموده اند | تعدادبرنامه های رادیویی وتلویزیونی اجراشده درزمینه ارگونومی | ملاحظات |
|  |  |  |  |
| **نام ونام خانوادگی وامضاء مسئول واحد ...................... نام ونام خانوادگی وامضاء تکمیل کننده فرم........................................... تاریخ................** | | | |