دانشگاه علوم پزشکی
وخدمات بهداشتی-درمانی استان قزوین
شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیک

مدیرعامل محترم شرکت

موضوع: برنامه خود اظهاری از دیدگاه بهداشت حرفه ای

با سلام

احتراماً ، بپیوست برنامه خوداظهاری کارفرمایان در واحدهای کاری منضم به چک لیست و راهنمای مربوطه بحضور ارسال میگرد. بمنظور تقویت رویکرد سلامت محور و مسئولیت پذیری قانونی و اجتماعی و پاسخگویی کارفرمایان محترم از طریق واگذاری نقش نظارتی به آنان درحوزه سلامت محیط کار در راستای تامین ، حفظ و ارتقای سلامت نیروی کار وکنترل ، کاهش یا حذف عوامل تهدید کننده سلامت وکاهش حوادث شغلی شایسته است دستور فرمایید مسئول بهداشت حرفه ای شاغل در آن واحد تولیدی نسبت به انجام پیگیری‌های لازم با توجه به موارد مطرح شده در دستورالعمل اقدام و نتیجه را به مرکز سلامت مربوطه ارسال نمایند.

شایان ذکر است قبل از تکمیل فرم مذکور موارد زیر در جهت عملیاتی نمودن برنامه خود اظهاری از سوی کارشناس محترم بهداشت حرفه ای انجام و مستندات به همراه فرم خود اظهاری به مرکز مربوطه ارسال نمایند .

۱- طرح موضوع درجلسه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و اتخاذ تصمیمات وبرنامه ریزی عملیاتی در جهت اجرای اصولی آن با تاکید برکنترل عوامل زیان آور محیط کار وکاهش میزان شیوع وبروز بیماریهای شغلی ناشی از کار

۲- برنامه ریزی کارشناس بهداشت حرفه ای و انجام مفاد شیوه نامه اجرایی تکمیل چک لیست مربوطه با دقت و صحت لازم توسط کارشناس بهداشت حرفه ای و مطابقت و همخوانی آمار و اطلاعات مندرج در چک لیست با آمار و اطلاعات بازرس بهداشت حرفه ای مرکز بهداشت

۳- بازرسی وتعداد دفعات تکمیل چک لیست های خود اظهاری در کارگاه های درجه یک سه بار(هرچهار ماه یکبار) ودر کارگاههای درجه۲و۳ دوبار(هر شش ماه یکبار) در سال می باشد.علاوه بر تعداد دفعات مذکور،در موارد تغییر در فرایند، محصول وپروسه،مسئول بهداشت حرفه ای کارگاهها باید به مرکز بهداشت این موضوع را رسماً اطلاع دهند.

۴- برنامه وفرم خود اظهاری از طریق مراجعه به سایت مرکز بهداشت آبیک به آدرس abyekhc.qums.ac.ir قابل دریافت میباشد .

۵- در صورت وجود هر گونه ابهام و یا سئوال ، مراتب به واحد بهداشت حرفه ا ی مرکز بهداشت اعلام نمایند.

دکتر علی علیجانی
مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان آبیک

آدرس:
خیابان طالقانی
روبروی شهردرای
تلفن:
۲۸۲۷۷۳۱
۲۸۲۷۷۳۲
نمابر:
۲۸۹۲۵۵۷
کدپستی:
۳۴۴۱۹-۱۴۴۴۱