**فرم جمع بندی گزارشات اندازه گیری روشنایی عمومی و موضعی) فرم T )**

|  |
| --- |
| **معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان** |

**مرکز بهداشت شهرستان .................... سال................**

**ششماهه اول 🞏 سالیانه 🞏**

**جدول جمع بندی گزارشات روشنایی عمومی ( منظم و نامنظم )**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بعد کارکنان****(نفر)****موضوع** | **20>** | **49-20** | **499-50** | **500<** | **جمع** |
| **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** |
| **موارد سنجش** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد سنجش روشنايي در حد مطلوب و توصيه شده** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد سنجش روشنایی معیوب یا نامطلوب بدلیل** | **رنگ و جنس نامناسب سطوح انعکاس** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **عدم تناسب منابع روشنایی با نوع کار** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **وضعیت نگهداری نامناسب منابع** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **عدم تناسب چیدمان و توزیع غیر یکنواخت** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **درخشندگی مزاحم سطوح منابع و پنجره ها** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد روشنایی معیوب یا نا مطلوب در آنها اصلاح گردید به روش** | **رنگ آمیزی مناسب سطوح انعکاس** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **نصب منابع روشنایی متناسب و کافی**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **پاکیزگی منابع یا تعویض منابع ناسالم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اصلاح چیدمان و توزیع یکنواخت تابش** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **رفع درخشندگی مزاحم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد شاغلین در معرض روشنائی نامناسب** |  |  |  |  |  |

**جدول جمع بندی گزارشات روشنایی موضعی و درخشندگی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تعداد شاغلین در معرض روشنایی و درخشندگي نامناسب** | **تعداد موارد(ایستگاه) سنجش نامطلوب** | **تعداد موارد(ایستگاه) سنجش معیوب** | **تعداد موارد(ایستگاه) سنجش مطلوب** | **تعداد ایستگاههای مورد سنجش روشنایی** **موضعی و درخشندگی** | **تعداد کارگاههای مورد سنجش روشنایی موضعی و درخشندگی** |
|  |  |  |  |  |  |

 **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : سمت و امضاء :**

 **نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول واحد : تاریخ و امضاء :**