|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Image result for generator clip artمرکز بهداشت شهید بلندیان شهرستان قزوینواحد / مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی . . . . . . . چک لیست شماره1- بررسی وضعیت برق اضطراری در سال . . . . .  |
| ردیف | شرح:لطفاً موارد ذیل را به دقت مطالعه کرده و در ستون مقابل در هر ماه علامت چک مارک(✓) زده و برگه را امضا نمائید. | اردیبهشت | تیر | شهریور | آبان | دی | اسفند |
| تاریخ انجام ارزیابی |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  برق اضطراری (چراغ قوه/ چراغ شارژی) قابل استفاده است؟ |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ژنراتور❒/ موتور پرتابل❒ برق آماده به کار است؟ (حداقل در هر دو ماه باید به مدت 5 دقیقه کارکند.) |  |  |  |  |  |  |
| 3 | سیمکشی برق اضطراری مناسب و آماده است؟ (با راه‌اندازی سیستم برق اضطراری به مدت 5 دقیقه آن را چک کنید.) |  |  |  |  |  |  |
| 4 | بنزین (سوخت) ذخیره به میزان کافی در مرکز وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |  |
| 5 | محل نگهداری بنزین (سوخت) ایمن و مناسب است؟ |  |  |  |  |  |  |
| 6 | وضعیت استقرار موتور مناسب است؟ | سیم اتصال بدنه( ارت)❒/کابل‌های اتصال❒/ سوئیچ اتصال❒  |  |  |  |  |  |  |
| تهویه❒/ رطوبت ❒ /کپسول اطفای حریق❒ |  |  |  |  |  |  |
|  محفوظ❒/ درهنگام نیاز به راحتی در دسترس است❒  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | دستورالعمل راه اندازی موتور در محل مناسب وجود دارد؟ |  |  |  |  |  |  |
| 8 | پرسنل مرکز (پزشک، ماما، بهداشت محیط، سرایدار و ...) از محل استقرار موتور برق اطلاع دارند؟ |  |  |  |  |  |  |
| 9 | آیا پرسنل مرکز (پزشک، ماما، بهداشت محیط، سرایدار و...) از نحوه روشن نمودن موتور برق اطلاع دارند و آموزش‌های لازم در این زمینه را دیده‌اند؟ |  |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا طبق بازه زمانی مناسب (حداقل ماهی یکبار ) موتور برق توسط مسئول مربوطه (سرایدار مرکز) روشن و وضعیت سلامت آن بررسی شده است؟ (مستندات بررسی شود) |  |  |  |  |  |  |
| نام ونام خانوادگی کارشناس برنامه مدیریت و کاهش خطر مرکزنام ونام خانوادگی مسئول مرکز | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء |

این برگه در پیوست برنامه عملیاتی پاسخ مرکز در بلایا و تهدیدات (EOP) نگهداری گردد.

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Related imageمرکز بهداشت شهید بلندیان شهرستان قزوینواحد / مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی . . . . . . . چک لیست شماره2- بررسی وضعیت مخازن ذخیره سوخت و آب در شرایط اضطراری در سال . . . . .  |
| ردیف | شرح:لطفاً موارد ذیل را به دقت مطالعه کرده و در ستون مقابل در هر ماه علامت چک مارک(✓) زده و برگه را امضا نمائید. | اردیبهشت | تیر | شهریور | آبان | دی | اسفند |
| تاریخ انجام ارزیابی |  |  |  |  |  |  |
| 1 | مخزن آب | حجم آب موجود در مخزن را یادداشت نمائید. (حداقل 2000 لیتر) |  |  |  |  |  |  |
| 2 | اتصال لوله های خروجی آب به لوله‌کشی مرکز برقرار است؟ با قطع انشعاب اصلی آن را بررسی کنید. |  |  |  |  |  |  |
| 3 | وضعیت سلامت مخزن (درب- اتصالات- بدنه- . . . ) مناسب است؟ |  |  |  |  |  |  |
| 4 | مخزن سوخت | حجم سوخت داخل مخزن را درج نمائید. |  |  |  |  |  |  |
| 5 | جایگاه سوخت از نظر ایمنی، نشت، تهویه، حفاظت مناسب است؟ |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| نام ونام خانوادگی کارشناس برنامه مدیریت و کاهش خطر مرکزنام ونام خانوادگی مسئول مرکز | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء |

این برگه در پیوست برنامه عملیاتی پاسخ مرکز در بلایا و تهدیدات (EOP) نگهداری گردد.

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | مرکز بهداشت شهید بلندیان شهرستان قزوینواحد/ مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی . . . . . . . چک لیست شماره3- بررسی وضعیت آمادگی در شرایط اضطراری در سال . . . . .  |
| ردیف | شرح: لطفاً موارد ذیل را به دقت مطالعه کرده و در ستون مقابل در هر ماه علامت چک مارک(✓) زده و برگه را امضا نمائید. | بهار | تابستان | پاییز | زمستان |
| تاریخ انجام ارزیابی |  |  |  |  |
| 1 | آیا کپسول‌های اطفای حریق دارای کارت شارژ معتبر هستند؟ ( محل کلیه کپسول ها و تاریخ آنها در پایین نوشته شوند) |  |  |  |  |
| 2 | درب‌های خروج اصلی و اضطراری وضعیت مناسبی دارند؟ |  |  |  |  |
| 3 | تابلو راهنمای خروج اضطراری بطور مناسب تهیه و نصب گردیده است؟ |  |  |  |  |
| 4 | جعبه کلید و دستورالعمل‌ها (جعبه سرخ)مرتب است؟ (کلیدها – دستورالعمل – دفترچه تلفن- چراغ قوه و . . . )  |  |  |  |  |
| 5 | شرایط ایمن سازی غیرسازه‌ای مطلوب است؟ |  |  |  |  |
| 6 | تجهیزات شرایط اضطراری موجود است؟  | چادر گروهی خدمات – زیرانداز تریاژ |  |  |  |  |
| 7 | تخت تاشو و پتو |  |  |  |  |
| 8 | مواد غذایی و جیره خشک |  |  |  |  |
| 9 | تجهیزات مورد استفاده در بلایا و فوریتها کنترل و آماده بکار می باشند؟ |  |  |  |  |
| نام ونام خانوادگی کارشناس برنامه مدیریت و کاهش خطر مرکزنام ونام خانوادگی مسئول مرکز | امضاء | امضاء | امضاء | امضاء |

این برگه در پیوست برنامه عملیاتی پاسخ مرکز در بلایا و تهدیدات (EOP) نگهداری گردد.