**(Nفرم) فرم گزارش اندازه گیری صدا**

**معاونت بهداشتی دانشگاه /دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی** ..... **مرکزبهداشت شهرستان** ......

**مرکز بهداشتی درمانی شهری/روستایی** ....... **آزمایشگاه یا مرجع اندازه گیری کننده :** .........

 **اطلاعات عمومی**

|  |
| --- |
|  **نام کارگاه** ....... **نام کارفرما** ........ **محصول تولیدی** ............ **شیفت کاری** ..... **تعداد واحد** ..... **تعداد شاغلین** ...... **تلفن و نمابر** ......... **آدرس** ...... |

**اطلاعات اختصاصی**

|  |
| --- |
|  **.......... ابعاد سالن(متر) نام واحد** .......  **تعداد کارگران** .... **نوع فعالیت**  ...... **جنس مصالح بکاررفته در : دیوارها :** ..... **سقف:** ..... **کف:** .....**منابع اصلی مولد صدا: 1- ...... 2- ....... 3- ........ شبکه توزین فرکانس .....****نوع صدا : پیوسته ضربه ای/کوبه ای توآم سرعت پاسخ دستگاه .......****مکالمه در فاصله 1 متری داخل کارگاه : به راحتی شنیده می شود باید فریاد زد اصلآ شنیده نمی شود** **تعداد کارگران در معرض صدای دارای گوشی حفاظتی مناسب ..... تعداد کارگران در معرض صدای فاقد هرگونه گوشی حفاظتی ...** |

|  |
| --- |
|  **نام ومدل دستگاه تراز سنج صوت** ....... **روش کالیبراسیون** ........ **ساعت وتاریخ صداسنجی** ........ |

**مشخصه های کلی صداسنجی**

**جدول نتایج صدا سنجی محیطی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **10** | **9** | **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **نام ایستگاه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **تراز فشار صوت (دسی بل A )** |
| **30** | **29** | **28** | **27** | **26** | **25** | **24** | **23** | **22** | **21** | **20** | **19** | **18** | **17** | **16** | **نام ایستگاه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **تراز فشار صوت (دسی بل )** |
| **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **40** | **39** | **38** | **37** | **36** | **35** | **34** | **33** | **32** | **31** | **نام ایستگاه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **تراز فشار صوت (دسی بل )** |
| **60** | **59** | **58** | **57** | **56** | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **50** | **49** | **48** | **47** | **46** | **نام ایستگاه** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **تراز فشار صوت (دسی بل )** |

**دامنه حداقل و حداکثر تراز فشار صوت در ایستگاههای اندازه گیری شده : .....................**

**تعداد ایستگاه با تراز صدای بالای 85 دسی بل : .... تعداد ایستگاه با تراز صدای کمتر از 85 دسی بل : .......**

**جدول نتایج اندازه گیری مواجهه فردی کارگر**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **10** | **9** | **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **نام ایستگاه****کمیت** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **SPL(rms)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **LP** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **SPL(max)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Leq** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ساعت کار** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Dose%** |

 **نظریه نهایی کارشناس درخصوص وضعیت صدای کارگاه**

 **میزان صدای کارگاه مناسب است صدای کارگاه بیشتر از حدود مجاز است و نیاز به اقدامات فنی مهندسی یا کنترلهای مدیریتی دارد**

 **تعداد موارد سنجش مواجهه فردی کارگر با صدا .... تعداد موارد دزیمتری مناسب ..... تعداد موارد دزیمتری نامناسب .....**

 **میزان صدای غیر مجاز کارگاه اصلاح گردید به روش**

**کنترلهای فنی مهندسی کنترلهای مدیریتی استفاده از وسایل حفاظت فردی روش های توآم**

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

**پلان کارگاه ، دستگاهها و ایستگاههای مورد سنجش صدا ( فرم (NA**

**نام کارگاه ............ نام واحد .........**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**جدول ثبت نتایج آنالیز تراز فشار صوت برحسب فرکانس در کارگاه**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| شماره ایستگاه | SPL | SPL به تفکیک فرکانس |
| db(A) | db(c) | 63.5HZ  | HZ125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 | HZ16000 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فرم جمع بندی گزارشات اندازه گیری صدا )فرم ( NT**

### معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............

**معاونت بهداشت استان مرکز بهداشت شهرستان** .............. **سال** ......

**مرکز بهداشتی درمانی** ............ **آزمایشگاه بهداشت حرفه ای** ........... **۶ ماهه اول سالانه**

**جدول جمع بندی گزارشات صداسنجی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **بعد کارکنان** **(نفر)** **موضوع** | **20>** | **49-20** | **499-50** | **500<** | **جمع** |
| **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** | **کارگاه** | **واحد** |
| **تعداد موارد سنجش کارگاهی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد شاغلین کارگاههای مورد سنجش** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد صداسنجی در حد مطلوب و توصيه شده** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد سنجش دارای صدای نامناسب(بالای 85 دسی بل)**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد شاغلین در معرض صدای نامناسب(بالای 85 دسی بل)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد موارد کارگاهی صداسنجی شده که میزان صدای آنها اصلاح گردیده به روش** | **کنترلهای فنی مهندسی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کنترلهای مدیریتی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **استفاده از گوشیهای حفاظتی مناسب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **روشهای توآم** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تعداد موارد آنالیز تراز فشار صوت ..... تعداد موارد سنجش مواجهه فردی یا دزیمتری ..... مناسب .... نامناسب....**

**تعداد کارگاههای دارای منابع مولد صدای پیوسته .... تعداد کارگاههای دارای منابع مولد صدای ضربه ای ....**

**تعداد کارگاههای دارای منابع مولد صدای توآم ....**

**تعداد و مدل دستگاههای صداسنج موجود...... تعداد و مدل دستگاههای سالم بکار برده شده .....**

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

 **نام ونام خانوادگی کارشناس مسئول واحد :** .................... **تاریخ وامضاء :** ..........................