

نام شرکت:		نام محل :		تاریخ :	ساعت :	شماره :
آدرس محل بازدید :				شماره مدرک : F-۲۰۵-۴۷/۰۰		
ردیف	سوالات	بله	خیر	توضیحات		
۱	آیا دستگاه دوزینگ پمپ جهت تزریق محلول پرکلرین در محل موجود می باشد؟					
۲	آیا پودر پرکلرین و محلول آن دور از تابش نور آفتاب و در فضای بسته نگهداری می شود؟					
۳	آیا MSDS پرکلرین در محل نصب شده است؟					
۴	آیا انبارش پرکلرین به صورت ایمن و مناسب می باشد؟					
۵	آیا از ورود افراد متفرقه به محل سامانه جلوگیری بعمل می آید؟					
۶	آیا سامانه مجهز به چشم شویی و دوش مناسب است؟					
۷	آیا کف محوطه تزریق پرکلرین دارای زهکش و شیب مناسب (۱ درصد) است؟					
۸	آیا محل نگهداری و ذخیره و همچنین محل تزریق محلول پرکلرین از تهویه توسط فن مناسب بهره مند است؟					
۹	آیا وسایل حفاظت فردی نظیر دستکش ضد اسید و ماسک کامل صورت همراه فیلتر و کفش و لباس ایمن در محل موجود است؟					
۱۰	آیا در ب مخزن محلول پرکلرین به صورت بسته می باشد و مخزن فاقد هرگونه نشت است؟					
۱۱	آیا جعبه کمکهای اولیه در محل برای مواقع اضطرار موجود است؟					
۱۲	آیا از ups تک فاز جهت دوزینگ پمپ و زمان حداقل ۲ ساعت در زمان قطع برق استفاده بعمل می آید؟					
۱۳	آیا تجهیزات و ملزومات موجود در سامانه ، مقاوم در برابر خوردگی و ایمن می باشد؟					
۱۴	آیا کپسول اطفاء حریق در محل موجود است؟					
۱۵	آیا تاریخ انقضاء و شارژ کپسولها رعایت می شود؟					
۱۶	آیا کپسولها در جای مناسب (حداکثر ارتفاع ۱/۲ متر) نصب شده اند؟					
۱۷	آیا افراد به نحوه استفاده از کپسول و عملیات اطفاء حریق آشنایی دارند؟					
جمع		•	•			
نام و نام خانوادگی ارزیاب :		امضاء :				
نام و نام خانوادگی مسئول واحد ایمنی :		امضاء :				
		ناظر ایمنی استان				
		امضاء				