# سجل فحص معدات الوقاية الشخصية

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **القسم:** | **الرقم الوظيفي :** | **اسم المدير /الرئيس :**  |
| ملاحظة في حاله عدم وجود أي ملاحظه على المعدة وضع علامه (√) و في حاله وجود ملاحظات الرجاء كتابه رقم التسلسل للموظف والحرف المقابل للملاحظة في قائمة التوضيح وتوضع بين قوسين. |
| يجب أن يتم فحص كل معدات الوقاية الشخصية على حدة وفقا للمعايير.الغايةمن فحص معدات الوقاية الشخصيةهي للتأكدمن انهاصالحه للاستخدام ولاتسبب الاصابة للشخص الذي يستخدمهاحيث انهاصممت لهذا السبب.  |
| **ج – اخرى**  | **ب – غير موجود** | **أ- تالف** | **قائمة التوضيح** |
| **7-** | **4-** | **1-** | **أسماء الموظفين** |
| **8-** | **5-** | **2-** |
| **9-** | **6-** | **3-** |
| **12-** | **11-** | **10-** |
| **ديسمبر** | **نوفمبر** | **اكتوبر** | **ديسمبر** | **اغسطس** | **يوليو** | **يونيو** | **مايو** | **ابريل** | **مارس** | **فبراير** | **يناير** | **الأدوات التي يتم فحصها** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **حذاءالسلامة** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **خوذةالرأس** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **قميصالسلامةCAT2** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **بنطالالعمل** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **بدله القصر الكهربائيCAT4** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **سترةمقاومةللمطر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **قفازاتكهربائية 20 ك.ف** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **قفازاتالقوسالكهربائي** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **قفازاتلحامجلدية** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **نظاراتلحام** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **خوذةلحام** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **نظاراتالقوسالكهربائي** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **سداداتالأذن** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **أحزمةالسلامة** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **وقاء تنفس** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **توقيع المفتش** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **التاريخ** |