附件1

职业健康检查机构备案表

备案单位名称（公章）：

填表日期： 年 月 日

**长春市卫生健康委员会制**

附件1-1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报备单位名称 |  | | | | | | |
| 报备单位地址 |  | | 电话 |  | | 传真 |  |
| 联系人姓名 |  | | 电话 |  | 邮箱 | |  |
| 法定代表人 |  | 职务/职称 | |  | | | |
| 检查类别 | 1.接触粉尘类（） 2.接触化学因素类（）  3.接触物理因素类（） 4.接触生物因素类（）  5.接触放射因素类（） 6.其他类（特殊作业等）（） | | | | | | |
| 备案资料清单 | 1.《医疗机构执业许可证》（涉及放射检查项目的还应当具有《放射诊疗许可证》）及副本（影印件）；（）  2.具有相应的职业健康检查场所、候检场所和检验室（建筑总面积不少于400平方米，每个独立检查室使用面积不少于6平方米）证明材料；（）  3.与开展的职业健康检查类别和项目相适应的执业医师、护士等医疗卫生技术人员、主检医师的证明材料；（）  4.具有至少1名取得职业病诊断资格的执业医师的证明材料；（）  5.与开展的职业健康检查类别和项目相适应的仪器、设备和与开展外出职业健康检查相适应的职业健康检查仪器、设备、专用车辆等条件的证明材料；（）  6.职业健康检查质量管理制度有关证明材料；（）  7.生物监测能力相关证明材料；（）  8.具有与职业健康检查信息报告相应的条件的证明材料；（） | | | | | | |
| 本单位保证上述资料属实。  备案单位法定代表人（签字）：　　　备案单位（公章）：  年 月 日 | | | | | | | |

附件1-2

**职业健康检查执业医师等**

**相关医疗卫生技术人员情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 职务/职称 | 所在科室 | 从事专业 | 工作年限 | 取得职业病诊断医师等相关资格证书日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件1-3

**职业健康检查仪器和设备清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 仪器、设备名称 | 型号 | 数量 | 用途 | 工作  状态 | 购置  日期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件1-4

**职业健康检查工作场所信息一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| 职业健康检查工作场所平面布置图 | |
| 注:请标明每个场所的名称及使用面积 | |
| 总的使用面积 | 平方米 |
| 建筑面积(以使用面积×1.4计) | 平方米 |

附件1-5

**生物监测能力清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 监测项目名称 | 是否获得技术监督局资质 | 是否参加国家能力考核 |
| 1 | 尿汞 | 是□否□ | 是□否□ |
| 2 | 尿镉 | 是□否□ | 是□否□ |
| 3 | 尿氟 | 是□否□ | 是□否□ |
| 4 | 尿砷 | 是□否□ | 是□否□ |
| 5 | 发砷 | 是□否□ | 是□否□ |
| 6 | 尿铊 | 是□否□ | 是□否□ |
| 7 | 全血或红细胞胆碱酯酶活性测定 | 是□否□ | 是□否□ |
| 8 | 尿2，5－己二酮 | 是□否□ | 是□否□ |
| 9 | 尿酚 | 是□否□ | 是□否□ |
| 10 | 尿铬 | 是□否□ | 是□否□ |
| 11 | 尿硫氰酸盐测定 | 是□否□ | 是□否□ |
| 12 | 尿锰 | 是□否□ | 是□否□ |
| 13 | 尿铍 | 是□否□ | 是□否□ |
| 14 | 血铅 | 是□否□ | 是□否□ |
| 15 | 尿铅 | 是□否□ | 是□否□ |
| 16 | 血红细胞锌原卟啉（ZPP） | 是□否□ | 是□否□ |
| 17 | 红细胞游离原卟啉（FEP） | 是□否□ | 是□否□ |
| 18 | 外周淋巴细胞染色体畸变分析 | 是□否□ | 是□否□ |
| 19 | 外周血淋巴细胞微核试验 | 是□否□ | 是□否□ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1、如不能开展，需提供委托合同并提供被委托机构的相关资质。

2、具备所列项目之外的生物监测能力，可以在下方的空格处填写。