

**مقدمه**

گروه پاترون در راستای رسالت خود مبنی بر حفاظت پرسنل شرکت، و متعاقب آن مشتریان، بازدیدکنندگان و در نهایت افراد جامعه در برابر آلودگی به ویروس کرونا، اجرای برنامه‌های متعددی را بر مبنای دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دستور کار خود قرار داده است. برنامه‌های مذکور در دو فاز پیشگیرانه و غربالگری مبتلایان اجرا می‌شوند. برنامه‌های شرکت در هر دو فاز در ادامه شرح داده شده است.

**فاز پیشگیرانه**

در فاز پیشگیرانه، شرکت در زمینه‌های مختلف از جمله آموزش و اطلاع رسانی، گندزدایی، تهیه تجهیزات، همچنین اقدام‌های مدیریتی در جهت کاهش مواجهه با ویروس فعالیت دارد. در ادامه، مختصری درباره هر یک توضیح داده می‌شود:

**الف- آموزش**

با علم به اینکه تغییر در رفتارهای غیربهداشتی افراد تنها با آموزش و آگاهی رسانی صحیح اتفاق می‌افتد شرکت پاترون در باره بیماری کووید-۱۹ و راه‌های مقابله با همه‌گیری این بیماری، بر اساس جدیدترین دستورالعمل‌های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا (CDC) و سازمان جهانی بهداشت (WHO) اقدام به بالا بردن سطح آگاهی و دانش پرسنل نموده است. راه‌های ارائه آموزش عبارتند از:

- آموزش چهره به چهره برای گروه‌های کار به صورت مجزا
- نصب پوستر و دستورالعمل‌های آموزشی در محل کار
- ارائه دستورالعمل‌ها و اطلاعات مرتبط با کووید-۱۹ به صورت نکات کوتاه و کاربردی در کانال واتس‌آپ شرکت.

**ب- گندزدایی محیط کار**

- ساخت محلول ضدعفونی دست جهت برطرف کردن نیاز مصرف پرسنل در داخل شرکت بر اساس چک لیست شماره 99-F-01
- هدیه دادن محلول ضدعفونی ساخت شرکت به پرسنل جهت رفع نیاز خانواده‌ها و تشویق آنها به استفاده از ضدعفونی کننده دست
- خریداری محلول فراماسین جهت ضدعفونی سطوح

- تهیه دستورالعمل انجام گندزدایی و اطلاع رسانی به پرسنل در کانال واتس اپ شرکت
- تهیه چک لیست کنترل گندزدایی محیط کار، و نصب در واحدهای مختلف شرکت جهت اطمینان از عدم چشم پوشی از آیتم هایی که نیازاست رفع عفونت شوند.
- تحویل ظروف گندزدایی سطوح به کلیه واحدهای شرکت جهت گندزدایی فردی سطوح
- تحویل محلول شستشوی دست به نگهبانی شرکت، جهت ضدعفونی دست مراجعین و پرسنل در بدو ورود به شرکت
- برنامه ضدعفونی سرویس ایاب و ذهاب شرکت

### ج- تهیه تجهیزات

- خریداری کلیه تجهیزات مورد نیاز گندزدایی از قبیل سم پاش، ظروف اسپری کننده محلول گندزدا، تب سنج.
- خرید تجهیزات حفاظت فردی ویژه فردی گندزدایی را انجام می دهد، از قبیل گاکل مخصوص مواد شیمیایی، ماسک کارتریج دار با کارتریج گاز و بخارات، دستکش محافظ در برابر مواد شیمیایی
- خریداری ماسک و دستکش یک بار مصرف مازاد جهت تحویل به مراجعین شرکت

### د- اقدام های مدیریتی در جهت کاهش مواجهه با ویروس

- توقف سفارش غذا از رستوران
- ممنوعیت تجمع در نگهبانی شرکت هنگام کارت زدن
- ممنوعیت تجمع در رختکن
- تعطیل کردن نمازخانه
- برنامه تحویل ماسک به مراجعین شرکت در بدو ورود
- الزام به استفاده از ماسک صورت در سرویس ایاب و ذهاب شرکت برای کلیه پرسنل و رانندگان
- تشویق کلیه پرسنل به خلوت کردن سرویس های ایاب و ذهاب شرکت
- تشویق پرسنل به صرف غذا در محل های کار خود و عدم تجمع در غذاخوری شرکت
- کاهش تعداد صندلی های غذاخوری و تغییر چیدمان میز و صندلی ها به گونه ای که حداکثر فاصله بین آنها رعایت شود و از تجمع بیش از حد جلوگیری شود.

## فاز غربالگری مبتلایان

غربالگری پرسنل در بدو ورود به شرکت پس از دوران قرنطینه عمومی از نظر علائم این بیماری، غربالگری روزانه، همچنین برنامه بازگشت به کار مبتلایان قطعی به بیماری کووید-۱۹ است. این برنامه‌ها به ترتیب در ادامه شرح داده می‌شوند:

### (۱) غربالگری در زمان بازگشت به کار کارگران در شرایط همه‌گیری کووید-۱۹

در این بخش، علاوه بر غربال کردن افراد مشکوک به ابتلای کووید-۱۹ از روی علائم بیماری، افراد پرخطر از نظر شدت و عوارض بیماری، همچنین افراد بدون علامتی که احتمال ابتلای آنان به بیماری کووید-۱۹ بالا است شناسایی می‌شوند.

در بدو ورود پرسنل به شرکت، براساس پرسشنامه غربالگری ابلاغ شده در کانال تلگرام مرکز بهداشت شهرستان یزد (Yazd OH) با استفاده از جدول ۱ غربالگری انجام می‌گردد. براساس این پرسشنامه، فرد مشکوک به بیماری فردی است که مجموع امتیازهای علائمی که فرد اظهار کرده است نمره ۳+ به بالا را کسب کند. در اینصورت جهت بررسی دقیق‌تر فرد، ابتدا از طریق مشاوره تلفنی با مراکز درمانی و پزشک طب کار شرکت تماس گرفته می‌شود و در صورت نیاز به مراکز معرفی شده از سوی معاونت بهداشتی دانشگاه (جدول ۲) معرفی می‌گردند. این افراد مراتبی را که در بند ۳ همین راهنما اشاره شده است طی می‌کنند و در صورت تایید توسط پزشک طب کار می‌توانند به کار مراجعت نمایند. تصمیم بر انجام مشاوره تلفنی در ابتدا، براین اساس اتخاذ شده است که از مراجعه غیر ضروری فرد به مراکز درمانی که به دلیل وجود افراد کرونا مثبت می‌توانند موجب آلوده شدن قطعی فرد شوند جلوگیری شود.

همزمان با پرسشنامه قبلی، به عنوان مکمل، برای شناسایی افراد پرخطر در همان بدو ورود از پرسشنامه خوداظهاری غربالگری بیماری کووید-۱۹ (جدول ۳) نیز استفاده می‌شود. وضعیت افراد دارای ریسک بالا مورد بررسی قرار می‌گیرد تا تدابیر لازم برای کنترل هرچه بیشتر مواجهه این افراد اتخاذ شود. این افراد، همچنین توصیه‌های لازم برای کنترل هرچه بیشتر مواجهه را دریافت می‌کنند.

افرادی که در دوران تعطیلات در سفر بوده‌اند لازم است براساس مصوبه وینار با موضوع "پروتکل بازگشت به کار کارگران صنایع" که در قالب نامه شماره ۱۷/۱/۳۹۲۱/پ مورخ ۱۳۹۹/۰۱/۱۱ (پیوست ۱) ابلاغ شده است، قبل از ورود به محیط کار ۱۴ روز به قرنطینه بروند. در حال حاضر امکان انجام تست کرونا در استان یزد وجود ندارد. با توجه به اینکه به زودی قرار است آزمایشگاه‌های خصوصی امکان انجام این تست را داشته باشند این افراد می‌توانند با انجام تست کرونا در این مراکز و ارائه نتیجه منفی تست کرونا به سر کار بازگردند.

## جدول ۱. پرسشنامه غربالگری اولیه کووید-۱۹

پرسشنامه غربالگری اولیه COVID-19		
امتیاز	علائم و نشانه	کد
+۲	سابقه تماس رو در رو با فرد کرونا مثبت در طی ۲ هفته قبل از شروع علائم	A <sup>1</sup>
+۳	تب دهانی بالاتر از ۳۸/۷ (یا معادل آن) یا احساس لرز	A <sup>2</sup>
+۲	گلو درد یا احساس شدید خشکی گلو	A <sup>3</sup>
+۲	سرفه خشک	A <sup>4</sup>
+۲	درد منتشر عضلانی	A <sup>5</sup>
-۲	آبریزش بینی واضح یا عطسه های مکرر	A <sup>6</sup>
+۱	سر درد	A <sup>7</sup>
+۱	تهوع و استفراغ	A <sup>8</sup>
+۱	اسهال	A <sup>9</sup>
+۲	درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه	A <sup>10</sup>
+۲	تنگی نفس یا دیسترس تنفسی	A <sup>11</sup>
+۲	پالس اکسیمتری کمتر از ۹۳٪	A <sup>12</sup>
<b>نکات:</b>		
در صورتیکه در بالین، علائم فوق به طور واضح به علت دیگری قابل انتساب باشد امتیاز این علائم برای کرونا قابل محاسبه نیست.		
بیمارانی که در بدو مراجعه تست مثبت PCR برای کرونا داشته باشند جزء موارد ابتلای قطعی محسوب میشوند.		
حداقل امتیاز لازم برای شک قابل اعتنا به کرونا و مثبت بودن غربالگری کسب امتیاز +۳ است.		
کلید افرادی که در غربالگری برای COVID-19 مثبت تلقی می‌شوند توسط پروتکل بعدی جهت امکان سنجی ترخیص زود هنگام ارزیابی می‌شوند.		

جدول ۲. مراکز بهداشتی کشیک تعیین شده از سوی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

ردیف	نام مرکز	موقعیت	تلفن
۱	مرکز نیکوپور	یزد، خیابان مطهری	۰۳۵-۳۶۲۶۷۸۶۶
۲	مرکز امام شهر	یزد، ابتدای بلوار ۵۲ متری	۰۳۵-۳۵۲۴۷۲۸۸
۳	مرکز رحمت آباد	یزد، بلوار شهید دشتی	۰۳۵-۳۸۲۲۱۸۵۱
۴	مرکز طالقانی	زارچ، خیابان مجلسی	۰۳۵-۳۵۲۷۳۳۱۰
ساعت فعالیت: ۸-۱۴		ساعت کشیک: ۱۴-۲۴	

## جدول ۳. پرسشنامه خوداظهاری غربالگری بیماری کووید-۱۹

## پرسشنامه خوداظهاری غربالگری بیماری کووید-۱۹

همکاران گرامی با توجه به شیوع بیماری کووید-۱۹ در کشور و میزان بالای سرایت این بیماری و وجود علائم اختصاصی در اکثر مبتلایان، بهترین رویکرد برخورد با این همه‌گیری، بیماریابی فعال می باشد. بدین منظور سوالات زیر برای کسب حداقل اطلاعات لازم در این خصوص تهیه شده است. لذا خواهشمند است با دقت به سوالات پاسخ دهید:

نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... کد پرسنلی: .....  
واحد خدمت: ..... شماره تماس داخلی: ..... شماره همراه: .....

سابقه ابتلا به کدامیک از بیماری های زیر را دارید:

دیابت  فشار خون  آسم  نقص ایمنی  بیماری قلبی  بیماری ریوی  اختلال کبدی  اختلال خونی   
سرطان  بیماری کلیوی  استفاده طولانی مدت از کورتون  بارداری  سایر: .....

ردیف	سوالات	بلی	خیر
۱	آیا در ۱۵ روز گذشته احساس تب و لرز داشته اید؟ حداکثر دمای اندازه گیری شده ی بدن و مدت زمان ماندگاری این دما چقدر بوده است؟ مدت زمان.....		
۲	آیا در ۱۵ روز گذشته سرفه خشک بیش از یک روز داشته اید؟ شدت و پیوستگی آن از ۱ تا ۵ چقدر بوده است؟		
۳	آیا در ۱۵ روز گذشته احساس تنگس نفس و یا احساس سنگینی در قفسه سینه داشته اید؟ شدت و پیوستگی آن از ۱ تا ۵ چقدر بوده است؟		
۴	آیا در ۱۵ روز گذشته احساس احتقان و آبریزش بینی، اختلال بویایی داشته اید؟ شدت و پیوستگی آن از ۱ تا ۵ چقدر بوده است؟		
۵	آیا در ۱۵ روز گذشته احساس گلو درد و یا احساس شدید خشکی گلو داشته اید؟		
۶	آیا در ۱۵ روز گذشته احساس تهوع، استفراغ یا اسهال داشته اید؟		
۷	آیا در ۱۵ روز گذشته احساس کوفتگی بدن و یا درد منتشر عضلانی داشته اید؟ شدت و پیوستگی آن از ۱ تا ۵ چقدر بوده است؟		
۸	آیا در ۱۵ روز گذشته، یکی از افراد خانواده یا فامیل، یکی از علائم اشاره شده فوق را داشته است؟		
۹	در طول ۱۵ روز گذشته آیا فرد ترخیص شده/ مشکوک/درمان سرپایی/بستری به علت بیماری کرونا ویروس در خانواده و یا نزدیکان شما وجود داشته است؟		
۱۰	آیا در طول تعطیلات قرنطینه خانگی را به طور صحیح رعایت کرده اید؟		
۱۱	آیا در طول تعطیلات نوروز به مسافرت رفته اید یا میزبان مسافری بوده اید؟ در صورت انتخاب جواب بلی به کدام استانها و شهرها سفر کرده اید؟		
۱۲	آیا در ۱۵ روز گذشته به مراکز درمانی به دلیل علائم بیماری کرونا ویروس مراجعه داشته اید؟ نتیجه تشخیص چه بوده است؟		
تاریخ و ساعت تنظیم:		محل امضاء	

## ۲) غربالگری روزانه

برای غربالگری هر روزه افراد، در نگرهبانی شرکت کلیه پرسنل و مراجعه کنندگان قبل از ورود تب سنجی می شوند و افراد با دمای بالای ۳۸ درجه امکان ورود به شرکت را ندارند.

ادامه کنترل محیط کار براساس فرم های الکترونیکی مربوط به بسیج ملی مبارزه با کرونا (جدول ۴) که توسط معاونت بهداشتی دانشگاه شهید صدوقی یزد ابلاغ شده و طبق جدول زمانی اعلام شده انجام می شود.

## جدول ۴. فرم های مربوط به بسیج ملی مبارزه با کرونا (گروه سلامت کار یزد)

فرم های مربوط به بسیج ملی مبارزه با کرونا (گروه سلامت کار یزد)

عنوان فرم	مستول تکمیل	بازه تکمیل	آدرس فرم
فرم گزارش هفتگی بسیج بهداشت حرفه ای برای مقابله با کرونا (کووید - ۱۹) - ویژه بازرسان بهداشت حرفه ای دانشگاه	- بازرسان بهداشت حرفه ای	پنجشنبه هر هفته	<a href="http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47156945">http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47156945</a>
فرم ثبت اقدامات بهداشت حرفه ای در راستای پیشگیری از ابتلا شاغلین به ویروس کرونا - نسخه ۰۳	- مستول بهداشت حرفه ای - کمیته / بهگر / بهداشتیار کار	پنجشنبه هر هفته	<a href="http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47165150">http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47165150</a>
چک لیست نظارت روزانه بهداشت حرفه ای در محیط کار برای پیشگیری از بیماری های واگیر (کرونا، آنفولانزا، سارس و نظایر آن)	- بازرسان بهداشت حرفه ای - مستول بهداشت حرفه ای - کمیته / بهگر / بهداشتیار کار	روزانه و به ازای هر کارگاه	<a href="http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47154100">http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47154100</a>
فرم ثبت شاغلین مشکوک به کرونا ویروس در محیط کار	- مستول بهداشت حرفه ای - کمیته / بهگر / بهداشتیار کار	لحظه ای (به محض کشف)	<a href="http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47144303">http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47144303</a>
فرم گزارش عملکرد تیم های سالمسازی محیط در راستای بسیج ملی مبارزه با کرونا	- مستول تیم نظارت بر سالمسازی شهرستان	یکشنبه و چهارشنبه هر هفته	<a href="http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47159945">http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47159945</a>
چک لیست ثبت عملکرد تیمهای عملیاتی سالمسازی محیط در راستای بسیج ملی مبارزه با کرونا	- مستول بهداشت حرفه ای - کمیته / بهگر / بهداشتیار کار	لحظه ای (پس از پایان هر مورد گندزدایی)	<a href="http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47160199">http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47160199</a>
فرم ثبت گزارش اقدامات انجام شده در تامین سلامت شاغلین پسماند در بازه زمانی شیوع کروناویروس	- مستول بهداشت حرفه ای - کمیته / بهگر / بهداشتیار کار	یکبار	<a href="http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47148397">http://ssu.ac.ir/formsaz/view.php?id=47148397</a>

**۳) برنامه بازگشت افراد مبتلای قطعی به بیماری کووید ۱۹**

بازگشت به کار افراد مبتلا به بیماری کووید-۱۹ براساس فایل راهنمای بازگشت به کار شاغلین مربوط به مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (پیوست ۲) انجام می‌گیرد. براساس این پروتکل، کلیه افرادی که با احتمال ابتلا از محیط کار دور بوده‌اند، پس از سپری شدن دوره بیماری لازم است جهت بازگشت به کار مورد ارزیابی تخصصی قرار گیرند. این ارزیابی باید هم جنبه اطمینان از پایان سرایت پذیری بیماری به سایر شاغلین و مراجعین وی را شامل شود و هم بررسی عوارض بیماری (که عملکرد شاغل را تحت تاثیر قرار می‌دهد و یا شاغل را نسبت به مواجهات محیط کار آسیب پذیرتر می‌نماید).

**افراد مجاز به بازگشت به کار**

جهت بازگشت به کار مبتلایان، افراد به افراد/مراکز که بر اساس دستورالعمل انجام معاینات سلامت شغلی دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی (دولتی/خصوصی) باشند، ارجاع داده می‌شوند. از آنجا که پزشک باید ضمن آگاهی از روند فعالیت شغلی فرد و آشنایی و شناخت مواجهات وی در محیط کار، اقدام به بررسی وضعیت بازگشت به کار افراد نماید مسئول HSE شرکت فرم معرفی نامه معاینات بدو استخدام را که اطلاعات کامل از شرح وظایف شاغل، شرایط ویژه محیط کار و مواجهات شغلی در آن قابل ثبت هست برای بیمار پر می‌کند تا بیمار با در دست داشتن اطلاعات مورد نیاز پزشک طب کار مراجعه نماید. در نهایت، تنها افرادی مجاز به بازگشت به محیط کار هستند که موجه بودن حضور آنها سر کار براساس جدول ۵ از سوی پزشک طب کار تایید شده باشد.

بر اساس پروتکل مذکور، اگر براساس نتایج بررسی‌های انجام شده، مشخص شود بیمار در حال حاضر امکان بازگشت به کار را ندارد، پزشک طب کار می‌بایست زمان ارزیابی مجدد وی را تعیین نماید.



## جدول ۵. فرم بازگشت به کار شاغلین مبتلا به کووید-۱۹

فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19			
نام و نام خانوادگی: .....		سن: .....	
نام کارخانه/کارگاه/سازمان: .....		عنوان شغلی: .....	
وضعیت ابتلا به کووید-۱۹			
<input type="radio"/> تشخیص با PCR مثبت و نایید بهبودی با PCR منفی <input type="radio"/> تشخیص با PCR مثبت و عدم انجام PCR پس تکمیل درمان <input type="radio"/> موارد مشکوک یا محتمل با علائم تنفسی تبییک یا آتیپیک و اختلال در تستهای آزمایشگاهی یا رادیولوژی <input type="radio"/> فاقد علائم تنفسی و یافته های پاراکلینیک طبیعی <input type="radio"/> دارای علائم تنفسی آتیپیک و یافته های پاراکلینیک طبیعی			
شرایط محیط کار			
فعالیت فیزیکی سنگین ( MET < 6 )	شرایط ویژه ( کار در ارتفاع، کار در فضای بسته و محدود، کار با وسایل دوار برنده، ..... )	مشاغل ویژه ( راننده، آتشنشان، لکوموتوران، غواص، خلبان،..... )	کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی
سایر مواجهات <input type="radio"/>	مواجهات نفروتوکسیک <input type="radio"/>	مواجهات تنفسی <input type="radio"/>	مواجهات محل کار: <input type="radio"/>
	حلالها <input type="radio"/>	مواجهات هپاتوتوکسیک <input type="radio"/>	
شرح حال و معاینه فیزیکی:			
پاراکلینیک:			
شرایط بازگشت به کار:			
<input type="radio"/> بلا مانع <input type="radio"/> مشروط به ..... <input type="radio"/> عدم امکان بازگشت به کار و بررسی مجدد..... روز بعد			
مهر و امضاء پزشک طب کار تاریخ			

## پیوست ها

۱. مصوبه وینار با موضوع پروتکل بازگشت به کار کارگران صنایع
۲. راهنمای پیشگیری و کنترل کرونا ویروس: بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به Covid-19