



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پرستش

## پروتکل بهداشتی الزامات سلامت محیط و کار در صدور مجوز باشگاه ایمن



معاونت بهداشت

زمستان ۱۴۰۰

## اهداف

- ✓ ایجاد محیطی امن ، منطبق با دستورالعمل های بهداشتی در باشگاه ها و اماکن ورزشی
- ✓ به حداقل رساندن امکان انتقال ویروس کرونا در محیط های ورزشی
- ✓ افزایش اطمینان ورزشکاران و خانواده های آنان در استفاده از امکانات ورزشی
- ✓ افزایش مشارکت ورزشی و بهبود سطح ایمنی و سلامت در جامعه از طریق فعالیت بدنی
- ✓ افزایش اشتغال در اماکن ورزشی و مشاغل مرتبط با ورزش کشور
- ✓ ارتقاء سطح بهداشتی در باشگاه ها و اماکن ورزشی

## ماده ۱: تعاریف

در این دستور العمل اصطلاحات ذیل در معانی مربوطه به کار می روند:

**فرداسیون:** منظور فرداسیون پزشکی ورزشی جمهوری اسلامی ایران می باشد.

**ناظارت:** به عمل ناظارتی گفته می شود که هدف از آن بررسی میزان انطباق شرایط موجود اماکن ورزشی با پروتکل های بهداشتی (مبازه با کرونا) است.

**باشگاه ایمن:** منظور مکان ورزشی است که پروتکل های بهداشتی و سایر موازین مرتبط با فرداسیون را رعایت کرده تا امکان انتقال بیماری های واگیردار (کرونا) با رعایت نکات بهداشتی به کمترین میزان ممکن برسد.

**کمیته نهایی صدور گواهی باشگاه ایمن :** به گروهی مشتمل از افراد حقوقی ذیل اطلاق می گردد که نسبت به بررسی مدارک و اظهار نظر کارشناسی اقدام و تأییدیه صدور یا لغو گواهی را به ریاست فرداسیون اعلام می کند.

➤ معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی / فرداسیون / مرکز سلامت محیط و کار / دفتر توسعه ورزش حرفه‌ای و امور باشگاه‌های وزارت ورزش و جوانان

۱- دبیر فرداسیون ۲- رئیس کمیته ناظارت بر سلامت اماکن ورزشی ۳- مسؤول واحد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ۴- نماینده دفتر توسعه ورزش حرفه‌ای و امور باشگاه‌های وزارت ورزش و جوانان ۵- نماینده مرکز سلامت محیط و کار

**ناظر اجرایی:** گروه سلامت محیط و کار معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و هیأت های پزشکی ورزشی استانها.

## **ماده ۲: مراحل و مدارک مورد نیاز اعطای گواهی باشگاه ایمن**

- ۱-۲ ارائه درخواست کتبی از سوی باشگاه به اداره کل ورزش و جوانان استان مربوطه مبنی بر صدور گواهی باشگاه ایمن (فرم پیوست ۵) .
- ۲-۲ معرفی باشگاه به هیأت پزشکی ورزشی استان از سوی اداره کل ورزش و جوانان .
- ۳-۳ معرفی باشگاه معرفی باشگاه به دفاتر خدمات سلامت جهت دریافت تأییدیه بهداشتی توسط هیأت پزشکی ورزشی استان .
- ۴-۲ مراجعه به دفاتر خدمات سلامت و پرداخت بهای خدمات طبق جدول دستورالعمل اختصاصی ممیزی و سایر هزینه های مرتبط مطابق نظر فدراسیون پزشکی ورزشی
- ۵-۲ اعzaم ناظر و بررسی رعایت دقیق دستورالعملهای بهداشتی مبارزه با کووید ۱۹ توسط معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی استان .
- ۶-۲ صدور تأییدیه توسط معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی استان ظرف مدت ۷۲ ساعت (عدم تأیید در زمان مقرر به منزله عدم تأیید نهایی است) .
- ۷-۲ ارائه مدارک ذیل به هیأت پزشکی ورزشی استان توسط مسئول باشگاه :
- ارائه کپی برابر اصل پروانه فعالیت باشگاه دارای اعتبار حداقل ۴ ماه .
  - ارائه تأییدیه بهداشتی از دفاتر خدمات سلامت مرتبط با دانشگاه علوم پزشکی استان مربوطه .
  - ارائه کپی برابر اصل گواهی دوره آموزش آنلاین مبارزه با کرونا طراحی شده از سوی فدراسیون (توسط موسس ، مدیر داخلی و کلیه مریبان شاغل) .
  - ارائه تعهد نامه رعایت پروتکل های بهداشتی در کرونا توسط مدیر باشگاه (پیوست شماره ۳) .
  - ارائه فرم تأییدیه رعایت پروتکل های بهداشتی توسط هیأت پزشکی ورزشی استان مربوطه (پیوست شماره ۴)
- ۸-۲ بررسی و تأیید مدارک توسط هیأت پزشکی ورزشی استان و ارسال به فدراسیون پزشکی ورزشی .
- ۹-۲ بررسی و تکمیل مدارک توسط کمیته نظارت بر سلامت اماكن ورزشی فدراسیون پزشکی ورزشی .
- ۱۰-۲ بررسی و تأیید مدارک در کمیته نهایی و صدور گواهی باشگاه ایمن توسط فدراسیون پزشکی ورزشی .
- ۱۱-۲ صدور گواهی و ارسال به هیأت پزشکی ورزشی استان و قرار دادن نام باشگاه در وب سایت فدراسیون پزشکی ورزشی .
- ۱۲-۲ ارسال رونوشت به اداره کل ورزش و جوانان استان مربوطه توسط فدراسیون پزشکی ورزشی .

## **ماده ۳: نظارت**

- ۱-۳ ناظرین کمیته نظارت بر سلامت هیأت پزشکی ورزشی استان از باشگاه متقاضی بر اساس صلاح حدید و اولویت های اجرایی هیأت در چندین نوبت نظارت خواهند نمود .

تبصره: هیأت پزشکی ورزشی استان حسب صلاححید می تواند نظارت را به هیأت پزشکی ورزشی شهرستان واگذار نماید.

۲-۳ در صورت مشاهده هر گونه عدم رعایت پروتکل ها از سوی باشگاه دارای مجوز باشگاه اینمن در بازرگانی های معاوفت بهداشتی دانشگاه جلسه ای به صورت مشترک با نماینده هیأت پزشکی ورزشی استان تشکیل و پس از تنظیم صورتجلسه حداقل ظرف مدت یک هفته جهت اقدام بعدی به فدراسیون پزشکی ورزشی ارسال می گردد.

## الف-واکسیناسیون

۱-۱ همه کارکنان مراکز مشمول این دستورالعمل اعم از دائم، موقت، پاره وقت و فصلی یا افرادی که تازه استخدام شده اند باید نسبت به تزریق واکسن کامل خود اقدام نمایند.

۲-۱ در این مراکز در صورتی مشتریان مشمول واکسیناسیون می توانند از خدمات مراکز مذکور استفاده نمایند که نسبت به تزریق واکسن کامل کرونا که دو هفته از آخرین تزریق نیز گذشته باشد، اقدام نمایند.

۳-۱ مدیران، مسئولان این مراکز موظفند در قسمت ورودی مراکز مذکور وضعیت واکسیناسیون ورزشکاران، همه افرادی که به هر نحوی وارد این مراکز جهت تمرین و یا تماشا می شوند را از طریق سامانه ها و اپلیکیشن های اعلامی وزارت بهداشت کنترل نمایند.

## ب-عدم ابتلا به کرونا در زمان ارایه خدمات

۱-۱ کارکنان چنانچه مبتلا به بیماری کرونا شوند فقط پس از طی شدن دوره قرنطینه بیماری می توانند فعالیت در محل کار را شروع نمایند.

۱-۲ صحت سنجی کارت واکسن و یا عدم ابتلا به کرونا در زمان فعالیت، توسط ناظران از طریق سامانه های موجود و در اختیار انجام می گیرد.

۱-۳ در صورتی مشتریان می توانند از خدمات مراکز مذکور در محل استفاده نمایند که مبتلا به بیماری کرونا یا در دوره قرنطینه بیماری کرونا نباشد.

۱-۴ مدیران این مراکز موظفند در قسمت ورودی مراکز مذکور نسبت به کنترل وضعیت عدم ابتلا به بیماری ورزشکاران، از طریق سامانه های اعلامی وزارت بهداشت اقدام نمایند.

## ماده ۴: اعتبار گواهی

۴-۱ اعتبار گواهی صادر شده از زمان صدور به مدت ۳ ماه می باشد.

۴-۲ اعتبار گواهی صادره منوط به وجود همزمان نام باشگاه به عنوان باشگاه اینمن در سایت فدراسیون پزشکی ورزشی است.

۴-۳ گواهی فوق باید در باشگاه ورزشی و در محل دید عموم نصب گردد.

۴-۲-۴ گواهی فوق باید دارای هولوگرام و مهر فدراسیون پزشکی ورزشی باشد.

۴-۳-۴ گواهی فوق باید دارای کد کیو آر (QR Code) معتبر باشد و از طریق اسکن کد در سایت فدراسیون پزشکی ورزشی اعتبار آن ملاحظه گردد.

۴-۴ در صورت هرگونه شکایت مردمی یا مشاهده مواردی مبنی بر عدم رعایت پروتکل های بهداشتی در زمان نظارت های دوره ای هیأت پزشکی ورزشی استان می باشد مراتب را کتاباً به اداره کل ورزش و جوانان استان مربوطه جهت صدور اخطار کتبی به باشگاه اعلام نموده و در صورت تکرار هرگونه تخلف بهداشتی ضمن اطلاع به اداره کل استان مراتب کتاباً به فدراسیون پزشکی ورزشی جهت ابطال گواهی باشگاه اینم اعلام گردد. در صورت ابطال گواهی ، مدیریت باشگاه باید اقدام به برداشتن گواهی از دید مراجعه کنندگان نماید.

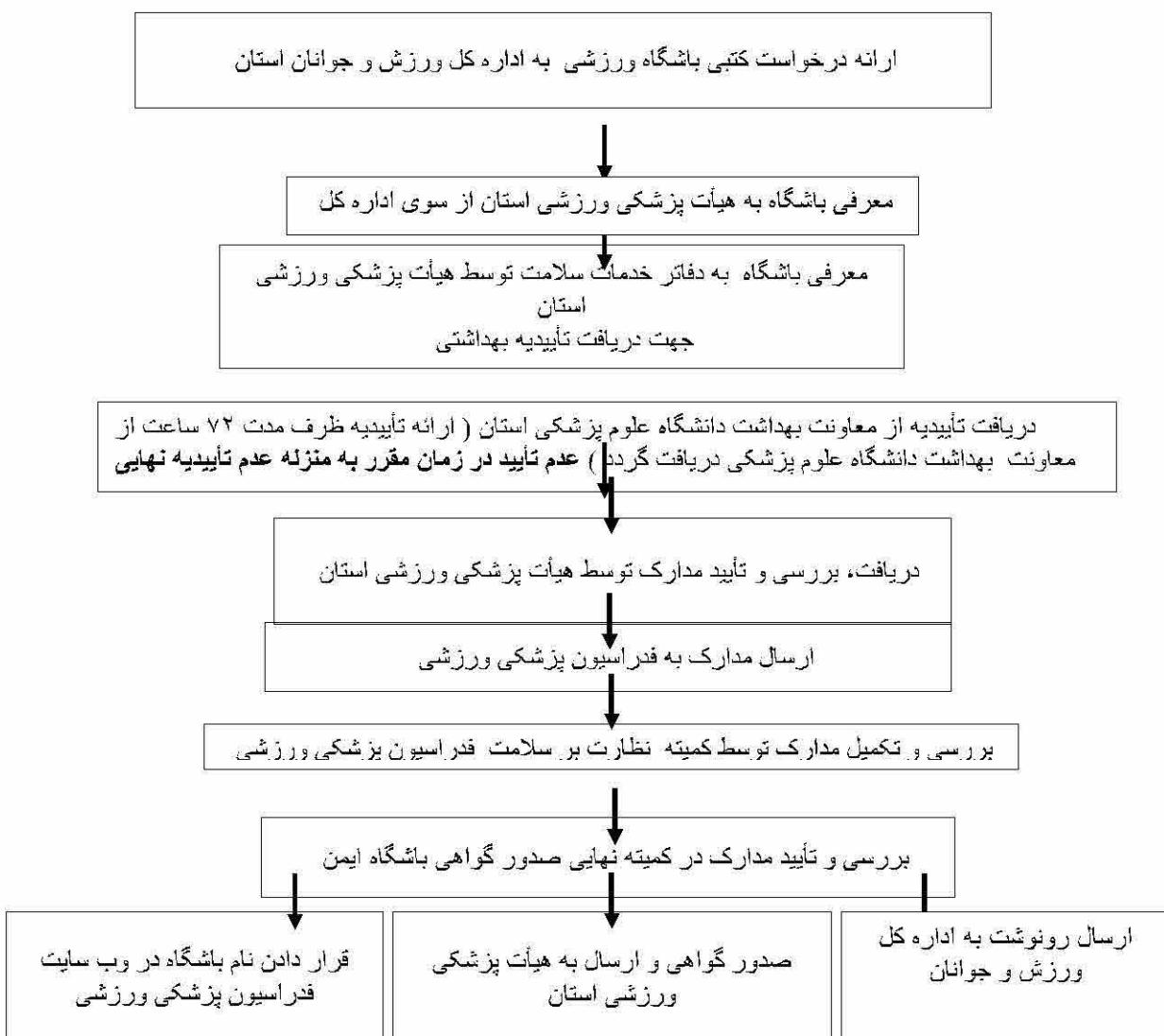
۴-۵ در صورت ارائه گزارش مکتوب از سوی ناظر هیأت پزشکی ورزشی و دانشگاه علوم پزشکی استان مبنی بر عدم همکاری باشگاه در انجام نظارت ، هیأت پزشکی ورزشی استان موظف است بعد از یک نوبت اخطار کتبی از طریق اداره کل ورزش و جوانان استان مراتب را به فدراسیون پزشکی ورزشی جهت ابطال گواهی اعطاء شده اعلام نماید.

۴-۶ در صورت عدم احراز شرایط تمدید مجوز صادره ، مدیر باشگاه موظف است حسب تعهدنامه محضری نسبت به استرداد مجوز صادره به هیأت پزشکی ورزشی اقدام نموده و در غیر این صورت هیأت پزشکی ورزشی موظف است مراتب را کتاباً ضمن اطلاع به اداره کل ورزش و جوانان استان مربوطه جهت پیگیری های حقوقی به فدراسیون پزشکی ورزشی اعلام نماید .

۴-۷ در صورت ورود ورزشکاران می باشد نظارت کامل بر روی انجام سه دوز واکسناسیون و عدم علایم بیماری یا عدم طی نمودن دوره قرنطینه لحظه گردد اتصال به سامنه جهت چک نمودن موارد مرتبط

این دستورالعمل در ۴ ماده و ۳ تبصره تدوین شده و از زمان ابلاغ قابلیت اجرا دارد

## الگوریتم روش کار



پیوست شماره ۱ فرم خود اظهاری

## فدراسیون پزشکی ورزشی

### هیات پزشکی ورزشی استان

#### فرم خود اظهاری بازگشت به اماکن ورزشی

ورزشکار / همکار اظهار

دارای کد ملی به شماره

اینجانب

می تایمیم:

۱- در یک هفته اخیر علامت زیر را نداشته ام:

- تب  - لرز  - سرفه  - تنگی نفس  - گلو درد  - بدن درد

- احساس خستگی و ضعف  - درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه

۲- سابقه تماس تزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در دو هفته اخیر را نداشته ام:

مراقبت مستقیم از بیمار مشکوک / محتمل/قطعی کووید-۱۹

هرگونه تماس شغلی (شامل همکار بودن) با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر)

همسفر بودن با فرد مبتلا در وسیله تقلیه مشترک

۳- اطلاعات سلامت و علامت تنفسی خود را در سامانه Salamat.gov.ir ثبت نام کرده ام

اینجانب  به کد ملی  
تعهد می تایم در صورت بروز هرگونه علامت تنفسی فوق مراتب را فورا به مدیر باشگاه اطلاع داده و نیز گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری، دقت و صداقت ثبت نموده ام و هرگونه عواقب ناشی از پاسخ نادرست و خلاف واقع به عهده اینجانب می باشد.

امضا

تاریخ

نام تام خانوادگی

پیوست شماره ۲ فرم گزارش روزانه غربالگری مراجعین

فدراسیون پزشکی ورزشی

هیأت بیزشگی ورزشی استان.....

..... فرم پایش مراجعن به باشگاه .....

تاریخ پذیرش.....

پیوست شماره ۳ تعهد نامه رعایت پروتکل های بهداشتی در کرونا

## فرم تعهد نامه بازگشایی اماکن ورزشی

### هیات پزشکی ورزشی استان

#### فرم تعهد نامه بازگشایی اماکن ورزشی (پسا کرونا)

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره ملی ..... مدیر باشگاه  
ورزشی ..... شماره ..... مجوز ..... به .....  
نشانی ..... شماره .....  
تعاس ..... با عنوان مدیر باشگاه فوق متعدد میگردد ضمن همکاری با ناظرين هيات  
پزشکی ورزشی نسبت به رعایت موارد ذیل در زمان بازگشایی باشگاه اقدام و در صورت عدم  
رعایت هریک از موارد براساس مقررات اقدام گردد.

- ۱- الزامي تسودن شركت كليه مربيان و كادر اداري باشگاه در دوره مجازي آشنائي با  
بيماري کرونا و دريافت گواهي از فدراسيون پزشکي ورزشی
- ۲- پذيرش ورزشكار در هرشيفت برمبنائي مساحت باشگاه و برای هر نفر ۱۶ متر مربع فضا
- ۳- تهيه و در اختيار قراردادن كليه ملزمات بهداشتی به ورزشكاران و پرسنل ( دستکش -  
ماسک و مایع ضدغفوني دست ) مطابق با دستورالعمل ها
- ۴- فعاليت در دوشيفت صبح - عصر و در هرشيفت حداکثر ۴ ساعت
- ۵- گندزاديبی محیط باشگاه قبل از بازگشایی و حداقل هفته اي يکبار پس از بازگشایی
- ۶- انجام غربالگری كليه مراجعين و ثبت اطلاعات و در اختيار قرار دادن فرم مربوطه به  
ناظرين هيات پزشکي ورزشی
- ۷- الزامي تسودن تكميل فرم خود اظهاري توسط كليه مراجعين و در اختيار قراردادن فرم  
مربوطه به ناظرين هيات پزشکي ورزشی
- ۸- تعب پوستر و بنر هاي آموزشي مiarze با کرونا در محل قابل رویت
- ۹- ضدغفوني سطوح وسائل ورزشی پس از هر بار استفاده و به طور مرتب
- ۱۰- ضدغفوني دستگيره درب ها ، کلید آسانسور، کمد رختکن ها، حمام ، سرويس  
بهداشتی، شیر آلات و سایر موارد مشابه روزانه ، به طور مرتب و حداقل دو ساعت يکبار

- ۱۱- استفاده از سحل زباله درب دار و پدالی یا چشمی جهت تفکیک زباله
- ۱۲- دفع زباله ها بصورت دقیق و در کیسه ای درب بسته
- ۱۳- تعطیلی بخش های ماساز ورزشی - سونا بخار و بوفه ( فقط فروش آب معدنی )
- ۱۴- عدم استفاده از دستگاه های شبیه ساز ورزشی - لاغری و سولاریوم
- ۱۵- استفاده از دستگاه پوز جهت دریافت شهریه و عدم دریافت وجه نقد
- ۱۶- قرار دادن کلیه ورزشکاران ، مریبان و پرسنل شاغل تحت پوشش کمیته خدمات درمانی
- ۱۷- رعایت حداقل فاصله بین وسایل ورزشی ۲ متر از هر طرف ( در صورت کمبود فضا برخی از دستگاهها از سرویس خارج شود )
- ۱۸- جانعایی محل تمرین هوازی برای هریک از ورزشکاران با رعایت ۲ متر فاصله از هر طرف
- ۱۹- الزامی نمودن استفاده از ماسک یا شیلد و دستکش یکبار مصرف در طول تمرین
- ۲۰- نصب تصویر تعهد نامه فوق در محل باشگاه
- ۲۱- نصب پوستر سامانه ۴۰۳۰ و ۱۹۰
- ۲۲- عدم پذیرش ورزشکار بیمار

نام نام خانوادگی مدیر باشگاه

امضا و مهر باشگاه

تاریخ

پیوست شماره ۴ تکمیل فرم تائید شده رعایت پروتکل های بهداشتی

## فرهادیون پزشکی ورزشی

هیات پزشکی ورزشی استان .....

فرم تایید بهداشتی بازگشایی اماکن ورزشی (پسا کرونا)

نام باشگاه:

شماره مجوز فعالیت:

نام مدیر باشگاه:

تعداد ورزشکار مجاز جهت حضور در هر شیفت:

-مساحت باشگاه تقسیم بر ۱۶ به ازای هر نفر = تعداد ورزشکار در هر شیفت

مثال: تعداد نفرات مجاز جهت حضور در هر یک از شیفت ها باشگاه ۲۰۰ متری ، حداقل ۱۲ نفر می باشد

ردیف	موضوع	دارد	ندارد	ملاحظات
۱	گندزدایی و خد عفونی باشگاه			
	گندزدایی و خد عفونی محیط باشگاه حداقل هفته ای یکبار انجام پذیرد			
	تاریخ اولین خد عفونی قبل از بازگشایی باشگاه			
	تاریخ خد عفونی بعدی			
	خد عفونی کف سالن، دستگیره درب ها ، کلید آسانسور، کمد رختکن ها، حمام ، سرویس بهداشتی، شیر الات و سایر موارد مشابه روزانه و به طور مرتب و حداقل دو ساعت یکبار			
۲	تجهیزات مورد نیاز جهت غربالگری			
	تب سنج دیجیتالی			
	فرم خود اظهاری			
	فرم ثبت اطلاعات غربالگری			
	فرم پذیرش تعداد مراجعین در هر شیفت براساس مساحت			
۳	نصب پوستر و بنر آموزشی رعایت بهداشت فردی و گروهی در محل قابل رویت			
۴	اقلام مورد نیاز جهت رعایت موارد بهداشتی			
	دستکش یکبار مصرف			
	ماسک یا شیلد			
	مایع خد عفونی گندله دست مورد تایید وزارت بهداشت			

		<p>مایع خدعاًغونی کننده سطوح مورد تأیید وزارت پهداشت</p> <p>سلط زباله درب دار و پدالی یا چشمی</p> <p>دستگاه پوز جهت دریافت هزینه باشگاه (از دریافت پول نقد جدا خودداری گردد)</p>	
		<p><b>فاصله گذاری بین وسایل ورزشی</b></p> <p>در صورت فضای مناسب حداکثر فاصله بین وسایل ورزشی ۲ متر از هر طرف (در صورت کمبود فضا برخی از دستگاهها باید از سرویس خارج شود).</p> <p>جانمایی محل تمرین هر یک از ورزشکاران با رعایت فاصله گذاری ۲ متر</p>	۵
		<p>مکان ها و وسایلی که در طول فاز اولیه بازگشایی باشگاه می باشند</p> <p>می باشند</p> <p>سوتا بخار</p> <p>بوفه</p> <p>اتاق ماساژ ورزشی</p> <p>دستگاه های شبیه ساز ورزشی و لاغری</p>	۶

نام و نام خانوادگی ناظر	تاریخ بازدید:
نظریه کارشناسی:	
امضاء	

تأییدیه رئیس هیئت پزشکی ورزشی
مهر و امضاء

پیوست شماره ۵ فرم درخواست اولیه گواهی باشگاه ایمن

**بسمه تعالی**

**جناب آقای.....**

**مدیر کل محترم ورزش و جوانان استان.....**

با سلام و احترام

این‌جانب ..... مسئول باشگاه ..... واقع در ..... با علم به  
شرایط و ضوابط صدور " گواهی باشگاه ایمن " درخواست دریافت گواهی مزبور را داشته ، لذا خواهشمند  
است در این خصوص دستور مقتضی را مبذول فرماید .

امضاء و مهر باشگاه