



OBSERVATION CHECKLIST
MARK IF ANY UNSAFE MARK IF ANY SAFE

جانچ پڑتال کی فہرست
مختوفہ کیلئے نشان لگائیں غیر مختوفہ کیلئے نشان لگائیں

UNSAFE	ACTIONS	SAFE	مختوفہ	افعال	غیر مختوفہ
REACTIONS OF PEOPLE All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Adjusting Personal Protective Equipment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مختوفہ عمل	لوگوں کا رد عمل
<input type="checkbox"/>	Changing Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خاتمی حالات ٹھیک کرنا
<input type="checkbox"/>	Rearranging Job	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جگہ تبدیل کرنا
<input type="checkbox"/>	Stopping Job	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کام کو ترتیب میں لانا
<input type="checkbox"/>	Attaching Grounds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کام کو روک دینا
<input type="checkbox"/>	Performing Lockouts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتھ کا استعمال
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لاک آؤٹ کا استعمال
PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ذاتی حفاظتی آلات
<input type="checkbox"/>	Eyes and Face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سر
<input type="checkbox"/>	Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آنکھیں اور چہرہ
<input type="checkbox"/>	Respiratory System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کان
<input type="checkbox"/>	Arms and Hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سانس کا نظام
<input type="checkbox"/>	Trunk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ہاتھ اور بازو
<input type="checkbox"/>	Legs and Feet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مخڑ
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ٹانگیں اور پادریں
POSITIONS OF PEOPLE (Injury Causes) All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Striking Against Objects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لوگوں کی پوزیشن (رہنمائی و جوہات)
<input type="checkbox"/>	Struck By Objects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اشیاء سے ٹکراؤ
<input type="checkbox"/>	Caught In, On, or Between Objects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اشیاء کا لگنا
<input type="checkbox"/>	Falling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اشیاء میں اوپر یا درمیان میں پھنس جانا
<input type="checkbox"/>	Contacting Temperature Extremes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	گر جانا
<input type="checkbox"/>	Contacting Electric Current	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	زیادہ درجہ حرارت سے منسلک ہو جانا
<input type="checkbox"/>	Inhaling a Hazardous Substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برقی رو سے منسلک ہونا
<input type="checkbox"/>	Absorbing a Hazardous Substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خطرناک مادہ سے ہم گھٹنا
<input type="checkbox"/>	Swallowing a Hazardous Substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خطرناک مادہ جذب ہونا
<input type="checkbox"/>	Overexertion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خطرناک مادہ نگل لینا
<input type="checkbox"/>	Repetitive Motions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حد سے زیادہ کام کرنا
<input type="checkbox"/>	Awkward Position/Static Postures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لگاتار عمل
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیر مناسب جگہ یا اس کی حالت
TOOLS AND EQUIPMENT All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Wrong for the Job	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ساز و سامان / آلات
<input type="checkbox"/>	Used Incorrectly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کام کے لئے غیر مناسب
<input type="checkbox"/>	In Unsafe Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غلط طریقہ استعمال
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیر محفوظ کیفیت
PROCEDURES AND ORDERLINESS All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Procedures Inadequate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ترتیب اور طریقہ کار
<input type="checkbox"/>	Procedures Not Known/Understand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ناکمل طریقہ کار
<input type="checkbox"/>	Procedures Not Followed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طریقہ کار کو معلوم نہ ہونا یا نہ سمجھنا
<input type="checkbox"/>	Orderliness Standards Inadequate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	طریقہ کاری پیروی نہ کرنا
<input type="checkbox"/>	Orderliness Standards Not Known/Understand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باضابطہ معیاری طریقہ کار کا کافی ہونا
<input type="checkbox"/>	Orderliness Standards Not Followed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باضابطہ معیاری طریقہ کار سے ناواقفیت
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باضابطہ معیاری پیروی نہ کرنا

ELIMINATE UNSAFE CONDITIONS... PREVENT INJURIES

OBSERVATION CHECKLIST
MARK IF ANY UNSAFE MARK IF ANY SAFE

جانچ پڑتال کی فہرست
مختوفہ کیلئے نشان لگائیں غیر مختوفہ کیلئے نشان لگائیں

UNSAFE	CONDITIONS	SAFE	مختوفہ	کیفیت	غیر مختوفہ
Tools and Equipment All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Are They Right for the Job	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ساز و سامان / آلات	کیا یہ
<input type="checkbox"/>	In Safe Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کام کیلئے ٹھیک ہیں	صحیح حالت میں ہیں
Structures and Work Area All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Are They Clean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بنا اور کام کی جگہ	کیا یہ
<input type="checkbox"/>	Orderly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صاف ہیں	باضابطہ ہیں
<input type="checkbox"/>	Right for the Job	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کام کیلئے ٹھیک ہیں	صحیح حالت میں ہیں
<input type="checkbox"/>	In Safe Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مختوفہ عمل	صحیح حالت میں ہیں
Environment All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Is It Clean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماحول	کیا یہ
<input type="checkbox"/>	Orderly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صاف ہیں	باضابطہ ہیں
<input type="checkbox"/>	In Safe Condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صحیح حالت میں ہیں	صحیح حالت میں ہیں
Orderliness All Safe <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Standards Available	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باضابطگی	معیار
<input type="checkbox"/>	Adequate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	موجود ہیں	کافی ہیں
<ul style="list-style-type: none"> SAFE ACTS / CONDITIONS OBSERVED ACTIONS TAKEN TO ENCOURAGE CONTINUED SAFE PERFORMANCE 					
<ul style="list-style-type: none"> معیاری حفاظتی افعال / کیفیت کا دیکھنا مستلزم حفاظتی کارکردگی کیلئے افعال کی حوصلہ افزائی 					
<ul style="list-style-type: none"> UNSAFE ACTS / CONDITIONS OBSERVED IMMEDIATE CORRECTIVE ACTION ACTION TO PREVENT RECURRENCE 					
<ul style="list-style-type: none"> غیر حفاظتی افعال / کیفیت کا دیکھنا موقع پر صحیح اقدام کرنا دوبارہ عمل کو روکنے کے اقدام 					
Observer's Signature: _____					
Working Area: _____ Date: _____					
رپورٹر کے دستخط _____					
کام کی جگہ _____ تاریخ _____					