| اسم المشروع: | | | رقم الرسم: | | | المراجعة: | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  | |
| **الرقم** | **عناصر الفحص** | | | تم الفحص بشكل مقبول | | | |
| **لا ينطبق** | **نعم** | | **لا** |
|  | **فحص عام** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من عدم وجود روائح كريهة حول محطة معالجة مياه الصرف الصحي. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن جميع المعدات الحالية تعمل بصورة طبيعية ولا توجد أية عيوب ملحوظة. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن الصمامات والمفاتيح العائمة وكذلك الصمامات الآلية تعمل بشكل صحيح وأنها تتحكم في مستويات المياه. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن المحطة تُعالج بالكميات المطلوبة (متر مكعب في اليوم) وأن التحليل البكتريولوجي ضمن النطاق المسموح بها. | | |  |  | |  |
|  | **خزان التعادل** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من ترشيح مياه الصرف الصحي الواردة بكفاءة، والتحقق من حفظ المواد الكبيرة العالقة من خلال حاجز القمامة والشبكة والمكينات الخاصة باحتجاز القمامة. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن المضخات ونفايات المعالجة المسبقة ووسائل إعادة التدوير تعمل بشكل صحيح. يتم تنظيم تدفق المعالجة. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن أجهزة الإنذار المرتفعة والمنخفضة تعمل بشكل صحيح. | | |  |  | |  |
|  | **خزان التهوية** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن عملية التهوية تتم بشكل كاف وأن منفاخ التهوية يعمل بصورة جيدة. يجب أن يكون السائل بني (غير غامق) اللون مع قليل من الرغوة. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن كافة المرشحات مفتوحة ولا وجود لعوالق والتأكد من ان الهواء يتدفق بصورة متوازنة. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من نظافة خزان التهوية والتأكد من عدم وجود رائحة كريهة. | | |  |  | |  |
|  | **خزان الترسيب** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن كافة المعدات تعمل بشكل صحيح، والتأكد من نظافة خزان الترسيب واتمام التدفق بشكل واضح. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من كشط وإزالة العوالق تلقائيًا من سطح الماء. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن عملية التدفق خالية من الرغاوى الزائدة والمواد الصلبة. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن مضخة استرجاع المياه تعمل بشكل صحيح، وأن عملية التدوير تتم وفقًا للجدول الزمني المقرر. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن عملية كشط الجدار/ النواقل تتم بشكل منتظم. | | |  |  | |  |
|  | **خزان الحمأة** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من استخدامها بشكل صحيح من أجل تصريف الحمأة. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من التخلص من الحمأة كما هو مطلوب. | | |  |  | |  |
|  | **الفلاتر الثلاثية** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أنها تعمل بشكل صحيح مع مضخات الغسيل العكسي (للتصفية الميكانيكية). | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن منفاخ الهواء وجهاز التهوية يعملان بشكل صحيح دون وجود آثار لسدادات أو تراكمات جافة في (أحواض الترشيح). | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن أجهزة إنذار ارتفاع منسوب المياه تعمل بشكل صحيح بالنسبة لأحواض الترشيح والتنظيف. | | |  |  | |  |
|  | **جهاز الكلورة** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من حقن الكلور بشكل صحيح. والتأكد من أن المعدات تعمل بشكل صحيح. | | |  |  | |  |
|  | **خزان النفايات السائلة** | | |  |  | |  |
|  | التحقق من نظافة الخزان من العوالق الصلبة والرغاوى. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن المضخات تعمل وتدور بشكل صحيح. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من أن الإنذار المرتفع يعمل بشكل صحيح. | | |  |  | |  |
|  | التحقق من إجراء اختبارات التشغيل والتحكم اللازمة (إجراء اختبار القدرة ودرجة الحموضة وبقايا الكلور، وما إلى ذلك). | | |  |  | |  |
| **الرقم** | **تعليقات المراجع** | **الحلول** | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
|  |  |  | | | | | |
| اسم المحرر/ التوقيع والتاريخ: | | اسم المراجع/ التوقيع والتاريخ: | | | | | |
|  | |  | | | | | |