

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne Nie Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych: Nie Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

Rozpoznanie

Zalecenia

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

WYDANO ORZECZENIE O:

- ☐ braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku
- ☐ braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich,
- ☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na stanowisku
- ☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich,
- ☐ utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy,
- ☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią uzasadniających:

☐ przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy

☐ zmianę warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy,
- ☐ niezdolności badanego(ej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:

☐ szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie,

☐ zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego,

☐ podejrzenie powstania choroby zawodowej,

☐ niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy,
- ☐ potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego,

Inne

UWAGI:

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Badany(a) / podmiot kierujący na badanie* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do w dniu

Dokumentację medyczną wydano osobie badanej / przesłano do jednostki odwoławczej* w dniu

* niepotrzebne skreślić

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

(numer kolejny badania)

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010r. poz. 1002.

Rodzaj badania profilaktycznego	Wstępne (W), Okresowe (O), Kontrolne (K)	
Pozostała działalność profilaktyczna	monitorowanie stanu zdrowia (M), badania celowe (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)	
Objęty opieką	pracownik (P), wykonujący pracę nakładczą (N), pobierający naukę (U), na własny wniosek (W)	

(Pieczęć podmiotu przeprowadzającego badanie profilaktyczne)

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko, płeć		M	K
Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku - nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)			
Adres zamieszkania		kod pocztowy	
Zawód wyuczony zawód wykonywany			

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy / pobierania nauki

Nazwa	
Adres	kod pocztowy

Stanowisko pracy / kierunek nauki / kierunek studiów:

Skierowanie od pracodawcy / placówki dydaktycznej*	Tak	Nie		dd	-	m-c	-	rok
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy / nauki	Tak	Nie			-		-	
Wynik pomiarów czynników szkodliwych	Tak	Nie			-		-	
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy / nauki	Tak	Nie			-		-	

* W razie braku skierowania od pracodawcy / placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pracy/odbywania praktycznej nauki zawodu studiów lub studiów doktorackich:

.....

.....

.....

• zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania.

Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie				
Nazwa i adres pracodawcy /placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy/nauki	Okres zatrudnienia/nauki	Czynniki szkodliwe /uciążliwe	Okres zatrudnienia /nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej?	Nie	Tak	Jaka? Kiedy? z jakiego powodu? Kiedy? opis skutków zdrowotnych wypadku Kiedy? z jakiego powodu? Kiedy? stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)
a) stwierdzono chorobę zawodową?			
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?			
d) przyznano świadczenie rentowe?			
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			

Nr z wykazu chorób zawodowych

BADANIE PODMIOTOWE

Imię i nazwisko:

Skargi badanego(ej)

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu/ choroby narządu głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo-płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry/uczulenia				
Choroby zakaźne/pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przyszłości:	Obecnie:
Inne używki				

* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakież? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakież?			

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
(podpis badanego)

.....
(podpis i pieczętka osoby
przeprowadzającej badanie podmiotowe)

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost		Masa ciała		Tętno		RR	
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak / nie	Orientacyjne pole widzenia		
Sluch	Szept. UP..... m UL m						
Układ równowagi	Romberg ()			Oczopląs: obecny / nieobecny			
	Norma	Patologia	Nie badano	Patologia (opis)			
Skóra							
Czaszka							
Węzły chłonne							
Nos							
Jama ustna-gardłowa							
Szyja							
Klatka piersiowa							
Płuca							
Układ sercowo-naczyniowy							
Jama brzuszna							
Układ moczowo-płciowy							
Układ ruchu							
Układ nerwowy							
Stan psychiczny							

* Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „V”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem

BADANIE PODMIOTOWE

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynnika narażenia

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji