KARTA BADANIA PROFILAKTYCZEGO

(numer kolejny badania .....)

pieczęć podmiotu
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

Rodzaj badania profilaktycznego	wstępne (W), okresowe (O), kontrolne (K)	
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M), badania celowane (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)	
Objęty opieką jako	pracownik (P), wykonujący pracę nakładczą (N), pobierający naukę (U), na własny wniosek (W)	

I. Dane identyfikacyjne osoby objetej badaniami

Imię i nazwisko		**Płeć M/K**	
Identyfikator *(numer PESEL o ile został nadany, a w przypadku jego braku - nazwa, numer dokumentu potwierdzajacego 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 ☐
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak ☐	Nie ☐
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	Tak ☐	Nie ☐
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak ☐	Nie ☐

	dd	-	m-c	-	rok
Data założenia karty		-		-	
Data badania		-		-	

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

Mz-Lp-1/2010 Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

Imię i nazwisko osoby badanej .....

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

- .....

  .....

- zgodnie z informacjami zawartmi 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
a) stwierdzono chorobę zawodową?		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?		
c) czy badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?		
d) przyznano świadczenie rentowe?		
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?		

Jaką? ..... Nr z wykazu chorób zawodowych [ ]

Kiedy? ....., z jakiego powodu? .....

Kiedy? ....., opis skutków zdrowotnych wypadku .....
.....

Kiedy? ....., z jakiego powodu: choroby zawodowej (Z), wypadku w pracy (W), ogólnego stanu zdrowia (O)

Kiedy? ....., stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)
.....

Imię i nazwisko osoby badanej .....

BADANIE PODMIOTOWE

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 przeszłości:	obecnie:
Inne używki				

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

Imię i nazwisko osoby badanej .....

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) jaki(e)? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakie?			

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

.....
podpis badanego(ej)

.....
podpis i pieczątka osoby
przeprowadzającej badanie podmiotowe

Imię i nazwisko osoby badanej .....

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost		Masa ciała		Tętno		RR	
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak/nie	Orientacyjne pole widzenia		
Słuch	Szept: UP ..... m		UL ..... m				
Układ równowagi	Romberg ( )		Oczopląs: obecny/nieobecny				

	Norma	Patologia	Nie badano	Patologia (opis)
Skóra				
Czaszka				
Węzły chłonne				
Nos				
Jama ustno-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 stwierdzeniepatologii powinno być uzupełnione jej opisem.*

Imię i nazwisko osoby badanej .....

BADANIE POMOCNICZE

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

Imię i nazwisko osoby badanej .....

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:

Imię i nazwisko osoby badanej .....

WYDANO ORZECZENIE O:

☐ braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku .....

☐ braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjecia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich .....

☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na stanowisku .....

☐ przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjecia 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, uzasadniajacych:

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

☐ b) 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: .....

	dd		-	m-c		-	rok	
Data wydania orzeczenia			-			-		
Data następnego badania			-			-		

.....
podpis i pieczątka 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*