

BADANIE PODMIOTOWE (OBOWIĄZKOWA ANKIETA DLA MEDYCYNY PRACY/STUDENTÓW/UCZNIÓW)

Imię i nazwisko	Płeć	K	M	Zawód wyuczony/wykonywany
	Pesel			

Dotychczasowe zatrudnienie

Nazwa i adres zakładu pracy	Stanowisko pracy	Czynniki szkodliwe/uciążliwe	Okres zatrudnienia

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	Tak	Nie		
Stwierdzono chorobę zawodową?			Jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych /uzupełnia lekarz/
Lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?			Kiedy?	Z jakiego powodu?
Uległ Pan/i wypadkowi w pracy?			Kiedy?	Skutki wypadku
Przyznano Panu/i świadczenia rentowe?			Kiedy?	Z jakiego powodu? choroby zawodowej (z), wypadku w pracy (w), ogólnego stanu zdrowia (o)
Orzeciono stopień niepełnosprawności?			Kiedy?	Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

Informacja o stanie zdrowia – proszę zaznaczyć przebyte choroby	Tak	Nie	Opis		
Urazy czaszki					
Urazy układu ruchu					
Omdlenia					
Padaczka					
Inne choroby układu nerwowego					
Choroby psychiczne					
Cukrzyca					
Choroby narządu słuchu/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 (czy w rodzinie występowały choroby takie jak: astma, cukrzyca, choroby psychiczne, serca, nadciśnienie, nowotwory)			Jakie?		
Inne problemy zdrowotne?			Jakie?		
Palenie tytoniu					
Inne używki					
Czy przebył/a Pan/i zabiegi operacyjne? Jakiej? Kiedy?					
Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?					
Czy przyjmuje Pan/i leki? Jakiej?					
Osobista ocena stanu zdrowia - zaznacz	Bardzo dobre	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	Słabe

Pacjent posiada dostęp do badań laboratoryjnych. Przy odchyleniu w badaniach powinien zgłosić się do POZ.
Oświadczam, że zrozumiałem (am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem (am) na nie zgodnie z prawdą.

Wzrost _____ **Waga** _____

.....
data i podpis badanego

.....
podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

BADANIE PRZEDMIOTOWE (UZUPEŁNIA LEKARZ, PIEŁĘGNIARKA, ASYSTENTKA)

RR	AS	GLUKOZA	SANEPID DATA...../.....
OP	OL	ZEZ	Próbka 1
UP	UL	WIDZENIE BARWNE	Próbka 2
Praca w korekcji wzroku/googlach korekcyjnych		STEREOSKOPIA	Próbka 3
Odchylenia w BF: blizna, przepuklina, ograniczenia ruchomości, amputacje			
Zalecenia dla osoby badanej: Kontrola w POZ, okulistyczna, ciśnienia tętniczego, glikemii, inne			

Który **rok** pracuje w **narażeniu** na pył..... hałas..... nadmierny wysiłek głosowy (nauczyciel).....

Następne badanie za 1 rok

Pracownik młodociany, następne badanie za 1 rok

Wysokość po 50 r.ż., następne badanie za 1 rok

Konsultacje specjalistyczne, dodatkowe dokumenty, badania:

Konsultacja okulistyczna	bad. okulistyczne LMP
Konsultacja laryngologiczna	bad. laryngologiczne LMP
Konsultacja neurologiczna	bad. neurologiczne LMP
psychotesty	bad. psychologiczna LMP
Morfologia	widzenie zmierzchowe, wrażliwość na ośnienie
Morfologia z rozmazem	EKG
retikulocyty	lipidogram ChC HDL LDL TG
p/c anty HBc total	rynoskopia przednia
p/c anty HCV	spirometria
p/c anty HIV	RTG klatki piersiowej
ALT	audiometria
AST	VHI