

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZEGO

(numer kolejny badania)

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 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			
Zawód wyuczony/zawód wykonywany	kod pocztowy		

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa		
Adres	kod pocztowy	

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów

Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

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

Czynnikii szkodziwie i uciężliwie w miejscu pracy/odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich:

- zgodnie z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania.

Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie

[illegible]

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) 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/luczenia			
Choroby zakaźne/pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-polożniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)			
Wywiad rodzinny*			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu			w przeszłości: obecnie:
Inne używki			

* w szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, chorób psychicznej, chorób 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? Jakiej?			

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

.....
podpis badanego(ej)

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

Imię i nazwisko osoby badanej

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost	Masa ciała	Tętno	RR
Wzrok	Oko prawe	Rozpoznawanie barw	Orientacyjne pole widzenia
Sluch	Szept: UP m	Zez: tak/nie	
Układ równowagi	Romberg ()	UL m	
	Norma	Oczopląs: obecny/nieobecny	Patologia (opis)
Skóra		Nie badano	
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 stwierdzenie patologii 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 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:

☐ 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 pieczęć 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