

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

(numer kolejny badania)

Pieczęć podmiotu
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

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

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--------------|--|---------------|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko | | | | | | | | | | |
| Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku – nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia) | | | | | | Płeć M / K | | | | |
| 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.

Imię i nazwisko osoby badanej:

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 ? | | | jaką ? Nr z wykazu chorób zawodowych <input type="text"/> |
| b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia ? | | | kiedy ? z jakiego powodu ? |
| c) badany (a) uległ (a) wypadkowi w pracy ? | | | kiedy ? opis skutków zdrowotnych wypadku: |
| d) przyznano świadczenie rentowe ? | | | kiedy ? z jakiego powodu ? choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O) |
| e) orzeczono stopień niepełnosprawności ? | | | kiedy ? stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności) |

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

- o
- o
- o
- o
- o zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

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 / 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) ? Jakie ? 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)

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

| | |
|---|--|
| <p>Upoważniam / nie upoważniam</p> <p>.....</p> <p>(imię, nazwisko, dane kontaktowe)</p> <p>.....</p> <p>do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.</p> <p>.....</p> <p>(podpis badanego)</p> | <p>Upoważniam / nie upoważniam</p> <p>.....</p> <p>(imię, nazwisko)</p> <p>.....</p> <p>do uzyskiwania dokumentacji.</p> <p>.....</p> <p>(podpis badanego)</p> |
|---|--|

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 - pęciowy | | | | |
| 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:

BADANIA 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 | | - | | - | |

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