

محل الصاق عکس	<input type="checkbox"/> بدو استخدام <input type="checkbox"/> دوره ای نوبت <input type="checkbox"/> موردی	نوع معاینات	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت - مرکز سلامت محیط و کار کار پرونده پزشکی شاغل
		تاریخ	
		شماره پرونده	
		شماره استخدامی	

1 - مشخصات فردی شاغل :

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس مرد زن وضعیت تاهل متاهل مجرد تعداد فرزند سال تولد: کد ملی: وضعیت نظام وظیفه خدمت کرده رسته خدمت معافیت پزشکی علت معافیت پزشکی: آدرس و تلفن محل کار

2 - سوابق شغلی :

علت تغییر شغل	تاریخ اشتغال		وظیفه محوله	عنوان / سمت	مشاغل فعلی
	تا	از			

روانی	ارگونومی	بیولوژیک	شیمیایی	فیزیکی	
<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسور های شغلی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل نقل بار سنگین <input type="checkbox"/> وضعیت نامناسب بدن	<input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل	<input type="checkbox"/> گردوغبار <input type="checkbox"/> دمه فلزات <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> آفت کشها <input type="checkbox"/> اسید و بازها	<input type="checkbox"/> سروصدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> استرس حرارتی	مشاغل فعلی

3 - ارزیابی عوامل زیان آور شغلی :

<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسور های شغلی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل نقل بار سنگین <input type="checkbox"/> وضعیت نامناسب بدن <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> دمه فلزات <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> آفت کشها <input type="checkbox"/> اسید و بازها <input type="checkbox"/> گازها	<input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> سایر	مشاغل قبلی
--	--	---	---	---	------------

توضیحات لازم در خصوص موارد ثبت شده در جدول و ثبت نتایج اندازه گیریها :

4- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (براساس پاسخ شاغل تکمیل شود).

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
1	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمائید.			
2	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر محیط کار تغییر می کند؟ نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای:			مهر و امضاء:
3	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟			تاریخ: / / 14
4	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
5	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
6	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟			
7	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمائید.			
8	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمائید.			
9	آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ ذکر نمائید.			
10	آیا اکنون سیگار می کشید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
11	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
12	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید.			
13	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟			نوع آسیب..... علت.....
14	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از 3روز دارید؟			
15	آیا منزل شمادر مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
16	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

5- معاینات:

تاریخ: / / 14 وزن (kg): فشار خون (mmHg):
قد (Cm): تعداد نبض (در دقیقه):

بررسی ارگان ها	توضیحات
عمومی	Symptom کاهش وزن □ کاهش اشتها □ خستگی مزمن □ اختلال در خواب □ تعریق بیش از حد □ عدم تحمل گرما و سرما □ تب □ غیره بدون علامت □
	Sign وضعیت ظاهری (ill/toxic) □ مخاطات رنگ پریده □ غیره بدون نشانه □
	توضیحات
چشم	Symptom کاهش حدت بینایی □ تاری دید □ خستگی چشم □ دو بینی □ سوزش چشم □ خارش چشم □ ترس از نور □ اشک ریزش □ غیره □
	Sign رفلکس غیر طبیعی مردمک □ قرمزی چشم □ اسکلرای ایکتریک □ نیستآگموس □ غیره □
	توضیحات
پوست، مو و ناخن	Symptom خارش پوست □ ریزش مو □ قرمزی پوست □ تغییر رنگ پوست □ زخم مزمن □ پوسته ریزی □ تغییر رنگ ناخن □ غیره □
	Sign ماکول □ پاپول □ ندول □ وزیکول □ زخم □ کهیر □ کلابینگ □ ریزش منطقه ای مو □ ریزش جنرال مو □ تغییرات پیگمانتی (هایپو/هایپر پیگمانتاسیون) □ غیره □
	توضیحات

<p><input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> وزوز گوش <input type="checkbox"/> سرگیجه واقعی <input type="checkbox"/> درد گوش <input type="checkbox"/> ترشح گوش <input type="checkbox"/> گرفتگی صدا <input type="checkbox"/> گلو درد <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> اختلال بویایی <input type="checkbox"/> خارش و سوزش بینی <input type="checkbox"/> خونریزی بینی <input type="checkbox"/> خشکی دهان <input type="checkbox"/> احساس مزه فلزی در دهان <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	گوش، حلق، بینی و دهان
<p><input type="checkbox"/> التهاب پرده تمپان <input type="checkbox"/> پارگی پرده تمپان <input type="checkbox"/> افزایش غیر طبیعی سرومن <input type="checkbox"/> ترشح پشت حلق <input type="checkbox"/> آگزودای حلق <input type="checkbox"/> قرمزی حلق <input type="checkbox"/> پولیپ بینی <input type="checkbox"/> تندرنس سینوسها <input type="checkbox"/> Lead Line <input type="checkbox"/> بوی بد دهان <input type="checkbox"/> التهاب لثه <input type="checkbox"/> پرفوراسیون/زخم سپتوم <input type="checkbox"/> غیره بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> درد گردن <input type="checkbox"/> توده گردنی <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	سر و گردن
<p><input type="checkbox"/> بزرگی تیروئید <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی گردنی <input type="checkbox"/> غیره بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> تنگی نفس کوششی <input type="checkbox"/> خس خس سینه <input type="checkbox"/> غیر بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	ریه
<p><input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه <input type="checkbox"/> خشونت صدا <input type="checkbox"/> ویزینگ <input type="checkbox"/> کراکل <input type="checkbox"/> تاکی پنه <input type="checkbox"/> کاهش صداهای ریوی <input type="checkbox"/> غیره بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تنگی نفس ناگهانی شبانه <input type="checkbox"/> تنگی نفس در وضعیت خوابیده <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> سابقه سنکوپ <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	قلب و عروق
<p><input type="checkbox"/> S1S2 غیر طبیعی <input type="checkbox"/> صدای اضافی قلب <input type="checkbox"/> آریتمی <input type="checkbox"/> واریس اندام تحتانی <input type="checkbox"/> واریس اندام فوقانی <input type="checkbox"/> ادم اندام <input type="checkbox"/> غیره بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> سوزش سر دل <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> بیبوست <input type="checkbox"/> مدفوع قیری <input type="checkbox"/> خون روشن در مدفوع <input type="checkbox"/> اختلال در بلع <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	شکم و لگن
<p><input type="checkbox"/> تندرنس شکمی <input type="checkbox"/> ریبباند تندرنس <input type="checkbox"/> هیپاتو مگالی <input type="checkbox"/> اسپلنو مگالی <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> توده شکمی <input type="checkbox"/> دیستانتسیون شکم <input type="checkbox"/> غیره بدون نشان <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/> درد پهلو <input type="checkbox"/> احساس سنگینی یا توده در بیضه <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	کلیه و مجاری ادراری، تناسلی
<p><input type="checkbox"/> تندرنس CVA <input type="checkbox"/> واریکوسل <input type="checkbox"/> غیره بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> خشکی مفصل <input type="checkbox"/> کمر درد <input type="checkbox"/> درد زانو <input type="checkbox"/> درد شانه <input type="checkbox"/> درد سایر مفاصل <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	اسکلتی و عضلانی
<p><input type="checkbox"/> محدودیت حرکتی مفصل <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی <input type="checkbox"/> اسکولیوز <input type="checkbox"/> آمپوتاسیون <input type="checkbox"/> تست SLR مثبت <input type="checkbox"/> تست Reverse-SLR مثبت <input type="checkbox"/> غیره بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> لرزش <input type="checkbox"/> اختلال حافظه <input type="checkbox"/> سابقه صرع/تشنج <input type="checkbox"/> گزگز و مورمور انگشتان <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	سیستم عصبی
<p><input type="checkbox"/> رفلکس زانوی غیر طبیعی <input type="checkbox"/> رفلکس آشیل غیر طبیعی <input type="checkbox"/> تست رومبرگ مختل <input type="checkbox"/> ترمور <input type="checkbox"/> اختلال حسی اندامها <input type="checkbox"/> تست تینل مثبت <input type="checkbox"/> تست فالن مثبت <input type="checkbox"/> غیره بدون بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
<p><input type="checkbox"/> عصبانیت بیش از حد <input type="checkbox"/> پرخاشگری <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> خلق پایین <input type="checkbox"/> کاهش انگیزه <input type="checkbox"/> غیره بدون علامت <input type="checkbox"/></p>	Symptom	اعصاب و روان
<p><input type="checkbox"/> هذیان <input type="checkbox"/> توهم <input type="checkbox"/> اختلال اورینتاسیون <input type="checkbox"/> غیره بدون نشانه <input type="checkbox"/></p>	Sign	
	توضیحات	
سایر موارد :		

6- آزمایش ها (lab tests) :

CBC : WBC..... RBC Hb..... HCT..... Plt.....

U/A: Prot..... Glu..... RBC..... WBC..... Bact.....

FBS Total Chol..... LDL..... HDL..... TG.....

BUN..... Cr..... ALT..... AST..... ALK.Ph..... PSA..... HBS Ag... S/E&OB..... PPD...

آزمایش های تخصصی/واکسیناسیون :

1- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 14 / /

2- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 14 / /

3- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 14 / /

7- پارا کلینیک :

الف- اپتومتری

میدان بینایی				دید رنگی				حدت بینایی				تاریخ
L		R		L		R		L		R		
غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	
								/10	/10	/10	/10	14 / /
دید عمق												
ثانیه آرک												

ب- اودیومتری

تفسیر	SDS	SRT	8000	6000	4000	3000	2000	1000	500	فرکانس	14 / /
گوش راست	AC										
	BC										
گوش چپ	AC										
	BC										

ج- اسپیرومتری

تاریخ انجام: 14 / /		
FEV1/FVC%	FVC(درصد/مقدار)	FEV1(درصد/مقدار)
VEXT(Back Extrapolated Volume)	PEF	FEF ₂₅₋₂₇ %

د- سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته های (P-A)CXR
تاریخ انجام : 14 / /
یافته های ECG :
تاریخ انجام : 14 / /
نتیجه رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد :

8- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها :

نتیجه ارجاع	مشاوره یا ارجاع
	تاریخ: علت ارجاع: نوع تخصص:
	تاریخ: علت ارجاع: نوع تخصص:

تذکر مهم- در صورت نیاز به ارجاع، اعلام نظریه نهایی منوط به مشخص شدن نتیجه ارجاع خواهد بود.

9- نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی در خصوص کار شاغل :

<input type="checkbox"/> الف- بلامانع
<input type="checkbox"/> ب- مشروط ذکر شروط :
<input type="checkbox"/> ج- عدم صلاحیت/تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر ذکر علت یا علل رد صلاحیت پزشکی :

□ توصیه های پزشکی لازم :

□ مشخصات پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی ارائه دهنده نظر نهایی :

مهر و امضاء:

تاریخ : / / 14

کد معاینات سلامت شغلی :