

	محل الصاق عکس	☐ بدو خدمت ☐ موردی ☐ دوره ای ☐ نوبت.....	نوع معاینات	 وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سازمان اورژانس کشور پرونده سلامت کارکنان
			تاریخ	
			شماره پرونده	
			شماره استخدامی شاغل	
		☐ رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ شرکتی ☐ طرحی	نوع رابطه استخدامی	

1- مشخصات فردی شاغل:

نام و نام خانوادگی : نام پدر : جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل
 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:

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

3- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی :

فیزیکی	شیمیایی	بیولوژیک	ارگونومی	روانی
☐ سر و صدا ☐ ارتعاش ☐ آسبه غیر یونیزان (بیسیم) ☐ آسبه یونیزان ☐ استرس حرارتی ☐ سایر (حوادث ترافیکی، خشنونت فیزیکی، تروما)	☐ گرد و غبار ☐ دمه فلزات ☐ حلال ☐ آفت کش ها ☐ اسید و بازها ☐ گازها	☐ گزش ☐ باکتری ☐ ویروس ☐ انگل ☐ سایر	☐ ایستادن یا نشستن طولانی ☐ کار تکراری ☐ حمل و نقل بار ☐ سنگین و بیمار ☐ وضعیت نامناسب بدنی ☐ سایر	☐ شیفت کاری ☐ سایر ☐ استرسورها شغلی ☐ رانندگی در شرایط اضطرار ☐ اختلال تغذیه ☐ PTSD ☐ مدیریت بیمار بدحال ☐ اختلال خواب ☐ مدیریت صحنه حادثه ☐ آغشته شدن به مواد آلوده
☐ سر و صدا ☐ ارتعاش ☐ آسبه غیر یونیزان (بیسیم) ☐ آسبه یونیزان ☐ استرس حرارتی ☐ سایر	☐ گرد و غبار ☐ دمه فلزات ☐ حلال ☐ آفت کش ها ☐ اسید و بازها ☐ گازها	☐ گزش ☐ باکتری ☐ ویروس ☐ انگل ☐ سایر	☐ ایستادن یا نشستن طولانی ☐ کار تکراری ☐ حمل و نقل بار ☐ سنگین و بیمار ☐ وضعیت نامناسب بدنی ☐ سایر	☐ شیفت کاری ☐ سایر ☐ استرسورها شغلی

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

نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار:

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 شما در محیط کار تغییر می کند؟			
3	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در محیط کار تغییر می کند			
4	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
5	آیا به غذا، دارو یا ماده غذایی خاص حساسیت دارید؟			
6	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه علت			
7	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید.			
8	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمایید.			
9	آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ ذکر نمایید.			
10	آیا اکنون سیگار می کشید؟			تعداد نخ روزانه:..... مدت استعمال:.....
11	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟			
12	آیا در اوقات فراغت به سرگرمی یا ورزش خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید			
13	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟			
14	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از 3 روز دارید؟			
15	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
16	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی دارید؟			
17	آیا از وسایل محافظتی (ماسک، رеспیراتور، عینک) استفاده می کنید؟			
18	آیا از دستکش استفاده می کنید؟			
19	آیا سابقه ابتلا به بیماری سل داشته اید؟			
20	آیا سابقه ابتلا به بیماری هپاتیت B دارید؟			
21	آیا سابقه ابتلا به بیماری هپاتیت C دارید؟			
22	آیا سابقه Needle stick داشته اید؟			
23	آیا سابقه ابتلا به HIV داشته اید؟			
24	آیا سابقه حساسیت به لاتکس دارید؟			
25	آیا در حال حاضر باردار هستید؟			
26	آیا سابقه مسافرت خارج از کشور در سال اخیر داشته اید؟			
5- معاینات				
تاریخ: 13 / / وزن: (KG) فشار خون: (mmHg) قد (Cm) تعداد نبض در دقیقه:				
بررسی ارگان ها در صورت وجود هریک از موارد زیر در محل مربوطه علامت زده و خصوصیات ، شدت و مدت زمان نشانه یا علامت در بخش توضیحات درج شود				
عمومی	Symptom	کاهش وزن □ کاهش اشتها □ خستگی مزمن □ اختلال در خواب □ تعریق بیش از حد □ عدم تحمل گرما و سرما □ تب □ بدون علامت □ غیره		
	Sign	□وضعیت ظاهری (ill/toxic) □مخاطبات رنگ پریده □ بدون نشانه □ غیره:		
	توضیحات			
چشم	Symptom	□کاهش حدت بینایی □تاری دید □خستگی چشم □دوبینی □سوزش چشم □خارش چشم □ترس از نور □اشک ریزش □بدون علامت □غیره:		
	Sign	□رفلکس غیر طبیعی مردمک □قرمزی چشم □اسکرای ایکتریک □نیستگموس □بدون نشانه □ غیره:		
	توضیحات			
پوست، مو و ناخن	Symptom	□خارش پوست □ریزش مو □قرمزی پوست □تغییر رنگ پوست □زخم مزمن □پوست ریزی □تغییر رنگ ناخن □بدون علامت □غیره:		
	Sign	□ماکول □پاپول □ندول □وزیکول □زخم □کهیر □کلابینگ □ریزش منطقه ای مو □ریزش جنرال مو □تغییرات پیگمانی(هایپو/هایپرپیگمانتاسیون) □ غیره:		
	توضیحات			
	Symptom	□کاهش شنوایی □وزوز گوش □سرگیجه واقعی □درد گوش □ترشح گوش □گرفتگی صدا □گلو در د □آبریزش بینی □اختلال بویایی □خارش و سوزش بینی □خونریزی بینی □خشکی دهان □احساس مزه فلزی در دهان □بدون علامت □غیره:		

گوش، حلق، بینی و دهان	Sign	□ التهاب پرده تمپان □ پارگی پرده تمپان □ افزایش غیر طبیعی سرومن □ ترشح پشت حلق □ آگزودای حلق □ قرمزی حلق □ پولیپ بینی □ تندرئس سینوسها □ Lead Line □ بوی بد دهان □ التهاب لثه □ پرفوراسیون/زخم سپتوم □ بدون نشانه □ غیره
	توضیحات	

سر و گردن	Symptom	□ درد گردن □ توده گردنی □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ بزرگی تیروئید □ لنفادنوپاتی گردنی □ بدون نشانه □ غیره
	توضیحات	
ریه	Symptom	□ سرفه □ خلط □ تنگی نفس کوششی □ خس خس سینه □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه □ خشونت صدا □ ویزینگ □ کراکل □ تاکی پنه □ کاهش صداهای □ ریوی □ بدون نشانه □ غیره:
	توضیحات	
قلب و عروق	Symptom	□ درد قفسه سینه □ تپش قلب □ تنگی نفس ناگهانی شبانه □ تنگی نفس در وضعیت خوابیده □ سیانوز □ سابقه سنکوپ □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ S1S2 غیر طبیعی □ صدای اضافی قلب □ آریتمی □ واریس اندام تحتانی □ ادم اندام □ بدون نشانه □ غیره:
	توضیحات	
شکم و لگن	Symptom	□ بی اشتهایی □ تهوع □ استفراغ □ درد شکم □ سوزش سردل □ اسهال □ بیبوست □ مدفوع قیری □ خون روشن در مدفوع □ اختلال در بلع □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ تندرئس شکمی □ ریباند تندرئس □ هپاتومگالی □ اسپلنو مگالی □ آسیت □ توده شکمی □ دیستانسیون شکمی □ بدون نشانه □ غیره
	توضیحات	
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	□ سوزش ادرار □ تکرر ادرار □ ادرار خونی □ درد پهلوی □ احساس سنگینی یا توده در بیضه □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ تندرئس CVA □ واریکوسل □ بدون نشانه □ غیره
	توضیحات	
اسکلتی و عضلانی	Symptom	□ خشکی مفصل □ کمردرد □ درد زانو □ درد شانه □ درد سایر مفاصل □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ محدودیت حرکت مفصل □ کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی □ کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی □ اسکولیوز □ آمپوتاسیون □ تست SLR مثبت □ تست Reverse-SLR مثبت □ بدون نشانه □ غیره
	توضیحات	
سیستم عصبی	Symptom	□ سردرد □ گیجی □ لرزش □ اختلال حافظه □ سابقه صرع/تشنج □ گزگز و مورمور انگشتان دست □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ رفلکس زانوی غیر طبیعی □ رفلکس آشیل غیر طبیعی □ تست رومبرگ مختل □ ترمور □ اختلال حسی اندام ها □ تست تینل مثبت □ تست فالن مثبت □ بدون نشانه □ غیره
	توضیحات	
اعصاب و روان	Symptom	□ عصبانیت بیش از حد □ پرخاشگری □ اضطراب □ خلق پایین □ کاهش انگیزه □ بدون علامت □ غیره
	Sign	□ هذیان □ توهم □ اختلال اوریانتاسیون □ بدون نشانه □ غیره □ PTSD □ اختلال خواب □ اختلال تغذیه □ اختلال دوقطبی □ اختلال وسواسی-جبری □ افسردگی □ اختلال شخصیت (
	توضیحات	

سایر موارد:

نام و نام خانوادگی و امضای پزشک:

6- آزمایش ها

تاریخ انجام: 13 / /

CBC : WBC RBC Hb HCT Plt
 U/A: RBC Glu Prot WBC Bact
 FBS Total Chol LDL HDL TG BUN Cr ALT AST
 Alk.Ph PSA S/E & OB PPD Iron :..... ویتامین D3 HIV HIV Ab
 HCV Ab HBS Ab Ferritin HBS Ag HBC Ab TSH BG..... Rh:.....

آزمایش های تخصصی / واکسیناسیون:

1- نوع نتیجه : تاریخ انجام : 13 / /
 2- نوع نتیجه : تاریخ انجام : 13 / /
 3- نوع نتیجه : تاریخ انجام : 13 / /

واکسیناسیون:

سل(ب.ث.ژ) : بله / خیر / توضیحات:
 سرخک : بله / خیر / توضیحات:
 سرخچه : بله / خیر / توضیحات:

کزار	بله	خیر	توضیحات:	آخرین اول:	آخرین دوم	آخرین سوم
هپاتیت B	بله	خیر	توضیحات:			
کزار	بله	خیر	توضیحات:			
آنفلوآنزای فصلی	بله	خیر	توضیحات:			
مننژیت	بله	خیر	توضیحات:			

7- پاراکلینیک

الف: اپتومتری (در صورت نیاز)

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

ب. اودئومتری : (در صورت نیاز) تبصره: برای پرسنل دیسپچ (dispatch) اجباری می باشد

تفسیر	SDS	SRT	8000	6000	4000	3000	2000	1000	500	فرکانس	13 / /
										AC	
										BC	
										AC	
										BC	

ج. اسپیرومتری

تاریخ: 13 / /

FEV1/FVC%	FVC (درصد/مقدار)	FEV1 (درصد/مقدار)
VEXT (Back Extrapolated Volume)	PEF	FEF 25-75 %

تفسیر

د- سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم:

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

8- ثبت مشاوری ها و نتایج ارجاع

تاریخ:	
علت ارجاع:	
نوع تخصص:	
تاریخ:	
علت ارجاع:	
نوع تخصص:	
مشاوره روانپزشکی (اجباری)	
تاریخ مشاوره:	

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

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

الف. بلا مانع	
ب. ارجاع به کمیسیون پزشکی	
ج. مشروط ذکر شروط	
د. 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 امضا	تاریخ
کد معاینات سلامت شغلی:	

