

39

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 29 lipca 2010 r. (poz. 1002)

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

(numer kolejny badania)

Pieczątka podmiotu
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

Rodzaj badania profilaktycznego	Wstępne (W); Okresowe (O); Kontrolne (K)
Pozostałość działalności profilaktycznej	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)	
Adres zamieszkania	
Zawód wyuczony/Zawód wykonywany	

Płeć	M/K
------	-----

Kod pocztowy									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa									
Adres									
Kod pocztowy									

Stanowisko pracy/kierunek nauki-kierunek studiów:

Imię i nazwisko osoby badanej:

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

Data założenia karty	dd	-	m-c	-	rok
Data badania					

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

•

•

• zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na 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 nauki zawodu, studnia 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?	jaka?		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia? z jakiego powodu?		
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy? opis skutków zdrowotnych wypadku:		
d) przyznano świadczenie rentowe? z jakiego powodu?		
e) orzeczono stopień niepełnosprawności? choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O) stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)		

Nr z wykazu chorób zawodowych

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ę):	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omłdlenia			
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 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, chorób psychicznej, chorób serca, nadeisnienia tętniczego i nowotworów.

Imię i nazwisko osoby badanej:		Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
Subiektywna ocena stanu zdrowia											
		Tak		Nie		Opis - uwagi					
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? 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)

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

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost	Massa ciała	Tętno	RR
Wzrok	Oko prawe	Rozpoznawanie barw	Orientacyjne pole widzenia
Sluch	Szept	UP, m, UL, m	
Układ równowagi	Romberg (.....)	Oczopląg: obecny/nieobecny	Patologia (opis)
Skóra		Norma	
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:

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 wskaźniki medyczne: 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
- ☐ przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku
- ☐ przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, lub studiów doktoranckich
- ☐ utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy
- ☐ przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy
- ☐ a) przeniesienie pracownika 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 pracownika do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
- ☐ niezdolności badanego(ej) 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					

(pieczęć i podpis lekarza)

w dniu

☐ Badany(a)/podmiot kierujący na badanie* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do

☐ Dokumentację medyczną wydaną osobie badanej/przesłano do jednostki odwoławczej* w dniu

Niepotrzebne skreślić.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

	Norma	Patologia	
RR			
Tętno			
Skóra			
Czaszka			
Węzły chłonne			
Galki oczne			
Wzrok			
Słuch			
Jama nosowa – gardłowa			
Zęby			
Szyja			
Klatka piersiowa			
Płuca			
Układ sercowo – naczyniowy			
Brzuch			
Wątroba			
Kręgosłup			
Układ moczowy			
Układ ruchu			
Układ nerwowy			
Stan psychiczny			
Inne			