

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

(numer kolejny badania.....)

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

Pieczęć podmiotu
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

1. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

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

MMZ/Lp-1 z. 688/2010 **"Druk"** Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42, fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphdruk.com.pl

Imię i nazwisko osoby badanej:

Czynnik szkodliwy i uciążliwy dla zdrowia występujący w miejscu pracy / odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich

○

○ zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

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

Nazwa i adres pracodawcy / placówki dydaktycznej	Stanowisko pracy / nauki	Okres zatrudnienia / nauki	Czynnik szkodliwy / uciążliwy	Okres zatrudnienia / nauki w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK
a) stwierdzono chorobę zawodową?		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?		
c) badany(a) uległ(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?

kiedy? choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O)

kiedy? stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

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	—	mies.	—	rok
Data wydania orzeczenia					
Data następnego badania					

.....
(pieczęć 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

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 / 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, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

MZ/Lp-1 z 688/2010 "Druk" Warszawa, ul. Przasnyska 11/11B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl

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)? 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	Masa ciała		Tętno		RR
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak / nie	Orientacyjne pole widzenia
Stuch	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-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