

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NZO „Poliklinika” Sp. z o.o. ul. Kwiatowa 1, 62-800 Kalisz Tel. (062) 753 30 38 Fax (062) 753 30 75 NIP 618-189-07-84 Regon 250970466 | Rodzaj badania profilaktycznego | Wstępne (W), Okresowe (O), Kontrolne (K) |
| | Pozostała działalność profilaktyczna | monitor stanu zdrowia (M), badanie celowane (C) czynne poradnictwo (D), inne (I) |
| | Objęty opieką jako | Pracownik (P), praca nakładcza (N), pobierający naukę (U), na własny wniosek (W) |

Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

| | |
|-----------------------------------------|----------------|
| Imię i Nazwisko | Data urodzenia |
| PESEL | Płeć K M |
| Adres zamieszkania | Kod pocztowy |
| Wykształcenie/zawód wyuczony/wykonywany | NIP |

Dane identyfikacyjne miejsca pracy

| | |
|------------------|--------------|
| Nazwa | Regon |
| | NIP |
| | EKD |
| Adres | Kod pocztowy |
| Stanowisko pracy | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-----|-----|--|-------------------------|-----|-----|
| Skierowanie od pracodawcy | TAK | NIE | | DZIEŃ | M-C | ROK |
| Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy | TAK | NIE | | Data złożenia karty | | |
| Wyniki pomiarów czynników szkodliwych | TAK | NIE | | Data badania | | |
| Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy | TAK | NIE | | Data następnego badania | | |

W razie braku skierowania od pracodawcy i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane

WYWIAD ZAWODOWY

| Nazwa zakładu pracy | Stanowisko pracy | Okres zatrudnienia | Czynniki szkodliwe / uciążliwe | Okres zatrudnienia w narażeniu |
|---------------------|------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Czy w przebiegu pracy zawodowej | NIE | TAK | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Stwierdzono chorobę zawodową | | | Jaką? Nr z wykazu chorób zawodowych |
| 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 świadczenia rentowe | | | Kiedy? Z jakiego powodu? Choroby zawodowej(Z), wypadku w pracy(W), ogólnego stanu zdrowia(O) |

WYWIAD LEKARSKI

Skargi badanego(ej).....
 Dane dotyczące wywiadu nie uległy zmianie od ostatniego badania w dniu.....

| | TAK | NIE | OPIS |
|-------------------------------|-----|-----|------|
| Urazy czaszki | | | |
| Urazy układu ruchu | | | |
| Omdlenia | | | |
| Padaczka | | | |
| Inne choroby układu nerwowego | | | |
| Choroby psychiczne | | | |
| Cukrzyca | | | |
| Choroby narządu słuchu | | | |
| Choroby narządu wzroku | | | |
| Choroby układu krążenia | | | |
| Choroby układu oddechowego | | | |
| Choroby układu pokarmowego | | | |
| Choroby układu moczowego | | | |
| Choroby układu ruchu | | | |
| Uczulenia | | | |

Wywiad rodzinny: alergie, astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, inne:

| | | | |
|----------------------------------------------------------------|-------|--------------|---------------------|
| Inne problemy zdrowotne | TAK | NIE | |
| Palenie tytoniu obecnie | | | Ile sztuk dziennie? |
| Palenie tytoniu w przeszłości | | | Ile lat? |
| Subiektywna ocena stanu zdrowia | Dobre | Raczej dobre | Raczej słabe |
| | | | Bardzo słabe |
| | | | Inna ocena |
| | 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? | | | |

..... Podpis badanego

BADANIE PRZEDMIOTOWE

| | | | | | | | |
|--------|--|------|--|-------|--|----|--|
| Wzrost | | Waga | | Tętno | | RR | |
|--------|--|------|--|-------|--|----|--|

Dane dotyczące wywiadu nie uległy zmianie od ostatniego badania w dniu

| | Norma | Patologia | Patologia (opis) | Kod ICD-10 |
|------------------------------|-------|-----------|------------------|------------|
| Skóra | | | | |
| Czaszka | | | | |
| Węzły chłonne | | | | |
| Gałki oczne | | | | |
| Wzrok | | | | |
| Słuch | | | | |
| Nos | | | | |
| Jama ustno-gardłowa | | | | |
| Zęby | | | | |
| Szyja | | | | |
| Klatka piersiowa | | | | |
| Płuca | | | | |
| Układ sercowo-naczyniowy | | | | |
| Brzuch | | | | |
| Wątroba i pęcherzyk żółciowy | | | | |
| Śledziona | | | | |
| Trzustka | | | | |
| Układ moczowy | | | | |
| Układ ruchu | | | | |
| Układ nerwowy | | | | |
| Stan psychiczny | | | | |

BADANIE POMOCNICZE

| L.p. | Skierowanie na badanie | Data skierowania | Data wykonania badania | Wyniki badania |
|------|------------------------|------------------|------------------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

| L.p. | Skierowanie do specjalisty | Data skierowania | Data konsultacji | Wynik konsultacji |
|------|----------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne NIE TAK

| L.p. | Rodzaj badania | Uzasadnienie |
|------|----------------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych NIE TAK

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

Rozpoznanie:

Zalecenia:

Nazwisko lekarza rodzinnego, adres praktyki

Informacje dla lekarza rodzinnego

ORZECZENIE

- A) Brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku
- B) Przeciwwskazania zdrowotne do pracy na stanowisku

WYDANO ZAŚWIADCZENIE O:

- Braku przeciw wskazań zdrowotnych
- Przeciwwskazaniach zdrowotnych
- Niezdolności badanego(ej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
- Szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
 - Niemożności wykonywania dotychczasowej pracy przez kobietę w ciąży
 - Zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego
 - Podejrzanie powstania choroby zawodowej
 - Niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy

Pieczęć i podpis lekarza