

## KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO (nr kolejny badania .....)

		Kolejny numer badania						
		1	2	3	4	5	6	7
Rodzaj badania profilaktycznego	Wstępne (W) Okresowe (O); Kontrolne (K)							
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring 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)							

### I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniem

Nazwisko i imię		Data urodzenia	D	D	M	M	R	R	R	R
PESEL								Płeć <sup>1)</sup>	K	M
Adres zamieszkania	Miejscowość lub Ulica, numer domu/numer mieszkania	Kod pocztowy			Poczta					

### Tel. Kontaktowy.....

### II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa										
Adres	Miejscowość lub Ulica, numer domu/numer mieszkania	Kod pocztowy			Poczta					

Stanowisko pracy / kierunek nauki / kierunek studiów:

	Tak	Nie	dd	mc	rok	dd	mc	rok
Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*								
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki								
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych								
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki								

**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.

#### Dotychczasowe zatrudnienie/dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia 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:	Tak	Nie				
a) stwierdzono chorobę zawodową?			jaka?		Numer 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 świadczenie rentowe?			kiedy?	z jakiego powodu? choroby zawodowej (Z), wypadku przy pracy (W), ogólnego stanu zdrowia (O)		
e) orzeczono stopień niepełnosprawności			Data wydania orzeczenia?	Z jakiego powodu?		
Czy przebywa Pan/Pani w dniu badania na zwolnieniu lekarskim/świadczeniu rehabilitacyjnym/urlopie dla poratowania zdrowia lub jest niezdolny/a do pracy?			Do kiedy trwa? Proszę podać datę			

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

1) zaznaczyć odpowiednio

## BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego:.....

Czy występują lub występowały u Pani/Pana?:			
<small>*odpowiednią rubrykę zaznaczyć krzyżykiem, jeśli zaznaczono TAK – należy dopisać co i kiedy miało miejsce</small>			
	TAK*	NIE*	Opis-uwagi
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Lęk wysokości			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowego			
Choroby układu ruchu			
Choroby skóry/uczulenia			
Choroby zakaźne/pasożytnicze			
Inne, nie wymienione problemy zdrowotne			
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy?			
Czy badany(a) jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy przyjmuje Pan/Pani leki? Jakiej?			
Wywiad rodzinny <sup>2)</sup> – czy w rodzinie (rodzice, rodzeństwo) wystąpiły wymienione choroby? – zaznaczyć występujące choroby <sup>2)</sup>	Alergia, astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory, inne (jakie?):		

2) w szczególności pod kątem występowania: alergii (astmy), cukrzycy, chorób psychicznych, chorób serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów (rodzice, rodzeństwo)

**Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.**

.....  
 podpis osoby badanej

.....  
 podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

2) Oświadczam, że mój stan zdrowia od ostatniego badania nie zmienił się/ data.....podpis pacjenta.....

3) Oświadczam, że mój stan zdrowia od ostatniego badania nie zmienił się/ data.....podpis pacjenta.....

4) Oświadczam, że mój stan zdrowia od ostatniego badania nie zmienił się/ data.....podpis pacjenta.....

5) Oświadczam, że mój stan zdrowia od ostatniego badania nie zmienił się/ data.....podpis pacjenta.....

6) Oświadczam, że mój stan zdrowia od ostatniego badania nie zmienił się/ data.....podpis pacjenta.....

7) Oświadczam, że mój stan zdrowia od ostatniego badania nie zmienił się/ data.....podpis pacjenta.....

## BADANIE PRZEDMIOTOWE

Wzrost:  .....cm	Masa ciała:  .....kg	BMI:  .....	TĘTNO				Ciśnienie krwi RR			
			1) ...../min		5) ...../min		1) ...../.....		5) ...../.....	
			2) ...../min		6) ...../min		2) ...../.....		6) ...../.....	
			3) ...../min		7) ...../min		3) ...../.....		7) ...../.....	

Wzrok: OP.....cc..... OL.....cc.....	Orientacyjne pole widzenia
Rozpoznawanie barw: prawidłowe/zaburzone   Zez: Tak/Nie	

Słuch	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				

### BADANIA POMOCNICZE (wyniki w załączeniu)

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynników narażenia

### KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE wyniki w załączeniu

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania istotne dla rodzaju czynników narażenia

**Zakres badań poszerzony poza wskazówki medyczne**   Nie    Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie: wynika z umowy, ze względu na stan zdrowia, inne (jakie?)

**Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych:**   Nie    Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....  
\* Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku "V" lub „X”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.

Rozpoznanie: .....

Zalecenia: .....

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej POZ: .....

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:.....

**WYDANO ORZECZENIE O:**

braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku:

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

6).....

7).....

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 uzasadniających:

przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy

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 na zdrowie 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: .....

nr	Data badania							Data ważności orzeczenia								
	D	D	M	M	R	R	R	R	D	D	M	M	R	R	R	R
1)																
2)																
3)																
4)																
5)																
6)																
7)																

.....  
Podpis i pieczęć 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