

## دستورالعمل تکمیل فرم ۳-۱۱۱(ر)

این فرم باید ماهانه ، توسط شرکتهای ارائه دهنده خدمات طب کار تکمیل شده و تحویل مرکز بهداشت شهرستان گردد . مرکز بهداشت شهرستان هر ۶ ماه با جمع بندی فرمهای ارسالی از شرکتهای ، فرم جمع بندی شده را به مرکز بهداشت استان ارسال کرده و جمع بندی نهایی سالانه از طرف مرکز بهداشت استان به مرکز سلامت محیط و کار ارسال میگردد . در مرکز بهداشت شهرستان و استان در صورتی که پزشک کار داشته باشد ، مسئول تکمیل و امضای فرم است . در غیر اینصورت مسئولیت به عهده کارشناس بهداشت حرفه ای است .

مسئول تکمیل فرم در شرکت ، مسئول فنی شرکت می باشد . در این فرم تنها مواردی که تشخیص قطعی توسط پزشک معاینه کننده داده شده است وارد میشود . در صورت شک به وجود بیماری یا عدم تشخیص قطعی ، پزشک معاینه کننده باید راننده را به متخصص مربوطه ارجاع نموده و پس از تشخیص قطعی متخصص، نتیجه نهایی را در فرم ثبت کند . در مواردی که بیماری خاصی وجود ندارد حتماً در ستون تعداد عدد صفر نوشته شده یا خط تیره گذاشته شود .

توضیح موارد ذکر شده در فرم به قرار زیر است :

**کوررنگی** . منظور کوررنگی در سه رنگ قرمز یا سبز یا زرد است .

**ضعف بینایی** . یعنی قدرت بینایی برای مجموع دو چشم کمتر از ۱۰/۱۵ باشد(با یا بدون اصلاح)

**اختلال میدان دید** . یعنی میدان بینایی برای مجموع دو چشم کمتر از ۱۲۰ درجه باشد .

**یک چشمی** . یعنی یک چشم بطور کامل بینایی نداشته باشد نظیر آمبلیوپی

**ضعف شنوایی** . یعنی یک گوش کامل کر باشد و متوسط افت شنوایی گوش دیگر در فرکانسهای ۵۰۰ ، ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ بیش از ۴۰ dB باشد.

**بیماریهای دریچه ای قلب** . یعنی هر نوع تنگی یا نارسایی هر یک از ۴ دریچه آئورت ، پولمونر ، میترال یا تری کوسپید که منجر به LV dysfunction در کلاس II یا III یا IV شده باشد .

**نارسایی احتقانی قلب** . یعنی LV dysfunction با II Functional class یا III یا IV

پرفشاری خون (خفیف) : یعنی فشار سیستولیک بزرگتر یا مساوی ۱۶۰ میلی متر جیوه و یا فشار دیاستولیک بزرگتر یا مساوی ۹۰ میلی متر جیوه

پرفشاری خون (متوسط تا شدید) : یعنی فشار سیستولیک بزرگتر یا مساوی ۱۸۰ میلی متر جیوه و / یا فشار دیاستولیک بزرگتر یا مساوی ۱۰۵ میلی متر جیوه

انفارکتوس میوکارد اخیر : یعنی انفارکتوس میوکارد طی ۳ ماه گذشته

دیابت : یعنی یک FBS بالاتر از ۱۲۶ به همراه یکی از موارد زیر :

۱- علائم دیابت بعلاوه یک قند خون راندوم بالاتر از ۲۰۰

۲- 2hpp- بالاتر از ۲۰۰ پس از مصرف ۷۵ gr گلوکز

هیپرتیروئیدیسم : هیپرتیروئیدیسم علامت دار شامل علائم قلبی یا عصبی به همراه آزمایشات هورمونی

compatible

هیپوتیروئیدیسم : هیپوتیروئیدیسم علامت دار به همراه آزمایشات هورمونی compatible

صرع : سابقه هر نوع صرع چه grand mal و چه petit mal با تشخیص پزشک متخصص کنترل شده یا نشده

با یا بدون مصرف دارو

سنکوپ مکرر : سابقه faint های مکرر

مولتیپل اسکلروزیس : بنا به اظهار راننده با تشخیص پزشک متخصص کنترل شده یا نشده با یا بدون مصرف

دارو

پارکینسون : بنا به اظهار راننده با تشخیص پزشک متخصص کنترل شده یا نشده با یا بدون مصرف دارو

دیالیز : یعنی یک برنامه منظم دیالیز، هفته ای سه بار یا بیشتر بصورت طولانی مدت

فلجی ، فقدان یا قطع در اندام فوقانی : یعنی هر کدام از موارد زیر :

۱- فلجی ، فقدان یا قطع یک اندام فوقانی در هر قسمتی از مچ دست به بالا

۲- فلجی ، فقدان یا قطع انگشت شست هر دو دست

۳- فلجی ، فقدان یا قطع بیشتر از یک شست و دو انگشت در یک دست

**فلجی ، فقدان یا قطع در اندام تحتانی :** یعنی هر کدام از موارد زیر :

۱- فلجی ، فقدان یا قطع یک اندام تحتانی در هر قسمتی از مچ پا به بالا

۲- فلجی ، فقدان یا قطع قسمت قدامی یک پا

۳- فلجی ، فقدان یا قطع پنجه بزرگ یک پا

۴- فلجی ، فقدان یا قطع مفصل متاتارسوفالانژیال

**کاهش قدرت عضلانی اندام :** یعنی ضعف عضلات پروگزیمال یک اندام فوقانی یا تحتانی و کاهش قدرت آن

به کمتر از ۴/۵

**آرتریت روماتوئید :** بنا به اظهار راننده با تشخیص پزشک متخصص به نحوی که دفرمیتیه مفصل مانع رانندگی

گردد .

**دفرمیتی شدید ستون فقرات :** به نحویکه به تشخیص پزشک مانع از رانندگی گردد

**نارسایی تنفسی متوسط تا شدید :** تنگی نفس و عدم توانایی در بالارفتن از پله و پیاده روی در سربالایی

تنگی نفس در پیاده روی روی زمین مسطح

تنگی نفس در هنگام استراحت

**اختلال خواب:** اگر راننده ، خرخر حین خواب و خواب آلودگی روزانه داشته و دو علامت از چهار علامت زیر را

داشته باشد : BMI بزرگتر از ۳۰ ، کاتاپلکسی (حملات ناگهانی ضعف عضلانی ) ، دور گردن بزرگتر از ۱۷ اینچ ،

سابقه تصادف که خودش مقصر بوده باشد.

**مرکز بهداشت استان قم**