

« به نام خدا »

محل الصاق عکس	<input type="checkbox"/> بدو استخدام <input type="checkbox"/> دوره ای نوبت <input type="checkbox"/> موردی	نوع معاینات	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم - مرکز بهداشت استان
		تاریخ	
		شماره پرونده	
		شماره استخدامی شاغل	

۱- مشخصات فردی شاغل:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: مرد زن وضعیت تاهل: متاهل مجرد تعداد فرزندان:
 سال تولد: کدملی: وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده رسته خدمت: معافیت پزشکی
 علت معافیت پزشکی: نام واحد کاری: نام کارفرما:
 آدرس و تلفن محل کار:

۲- سوابق شغلی:

علت تغییر شغل	تاریخ اشتغال		وظیفه محوله	عنوان / سمت	مشاغل فعلی
	تا	از			
					مشاغل قبلی

۳- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی:

روانی	ارگونومی	بیولوژیک	شیمیایی	فیزیکی	
<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسورهای شغلی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل و نقل بار سنگین <input type="checkbox"/> وضعیت نامناسب بدن <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> دمه فلزات <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> آفت کشها <input type="checkbox"/> اسید و بازها <input type="checkbox"/> گازها	<input type="checkbox"/> سرو صدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> سایر	مشاغل فعلی مشاغل قبلی

توضیحات لازم در خصوص موارد ثبت شده در جدول و ثبت نتایج اندازه گیری ها :

نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار:

مهر و امضاء:

تاریخ: / / ۱۳

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای:

۴- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (براساس پاسخ شاغل تکمیل شود.)

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمایید.			
۲	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در محیط کار تغییر می کند؟			
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علائم مشابه در محل کار دارند؟			
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
۵	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
۶	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟			
۷	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید			
۸	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارند؟ ذکر نمایید			
۹	آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ ذکر کنید			
۱۰	آیا اکنون سیگار می کشید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
۱۱	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
۱۲	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید			
۱۳	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟			نوع آسیب علت
۱۴	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از ۳ روز دارید؟			
۱۵	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
۱۶	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

۵- معاینات:

فشار خون (mmHg):

وزن (kg):

تاریخ: / / ۱۳

تعداد نبض (در دقیقه):

قد (Cm):

بررسی ارگان ها	در صورت وجود هر یک از موارد زیر در محل مربوطه علامت زده و خصوصیات، شدت و مدت زمان نشانه یا علامت در بخش توضیحات درج شود.
عمومی	Symptom <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> کاهش اشتها <input type="checkbox"/> خستگی مزمن <input type="checkbox"/> اختلال در خواب <input type="checkbox"/> تعریق بیش از حد <input type="checkbox"/> عدم تحمل گرما و سرما <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> غیره.....
	Sign <input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری (ill/toxic) <input type="checkbox"/> مخاطات رنگ پریده <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات
چشم	Symptom <input type="checkbox"/> کاهش حد بینایی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> خستگی چشم <input type="checkbox"/> دوبینی <input type="checkbox"/> سوزش چشم <input type="checkbox"/> ترس از نور <input type="checkbox"/> اشک ریزش <input type="checkbox"/> غیره.....
	Sign <input type="checkbox"/> رفلکس غیرطبیعی مردمک <input type="checkbox"/> قرمزی چشم <input type="checkbox"/> اسکلرای ایکتریک <input type="checkbox"/> نیستاگموس <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات
پوست، مو و ناخن	Symptom <input type="checkbox"/> خارش پوست <input type="checkbox"/> ریزش مو <input type="checkbox"/> قرمزی پوست <input type="checkbox"/> تغییر رنگ پوست <input type="checkbox"/> زخم مزمن <input type="checkbox"/> پوسته ریزی <input type="checkbox"/> تغییر رنگ ناخن <input type="checkbox"/> غیره.....
	Sign <input type="checkbox"/> ماکول <input type="checkbox"/> پاپول <input type="checkbox"/> ندول <input type="checkbox"/> وریکول <input type="checkbox"/> زخم <input type="checkbox"/> کهیر <input type="checkbox"/> کلابینگ <input type="checkbox"/> ریزش منطقه ای مو <input type="checkbox"/> ریزش جنرال مو <input type="checkbox"/> تغییرات پیگمانی (هایپو/هایپر پیگمانتاسیون) <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom <input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> وزوز گوش <input type="checkbox"/> سرگیجه واقعی <input type="checkbox"/> درد گوش <input type="checkbox"/> ترشح گوش <input type="checkbox"/> گرفتگی صدا <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> اختلال بویایی <input type="checkbox"/> خارش و سوزش بینی <input type="checkbox"/> خونریزی بینی <input type="checkbox"/> خشکی دهان <input type="checkbox"/> احساس مزه فلزی در دهان <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت
	Sign <input type="checkbox"/> التهاب پرده تمپان <input type="checkbox"/> پارگی پرده تمپان <input type="checkbox"/> افزایش غیرطبیعی سرومن <input type="checkbox"/> ترشح پشت حلق <input type="checkbox"/> آگزودای حلق <input type="checkbox"/> قرمزی حلق <input type="checkbox"/> پولیپ بینی <input type="checkbox"/> آندرتنس سینوسها <input type="checkbox"/> lead Line <input type="checkbox"/> ابوی بد دهان <input type="checkbox"/> التهاب لته <input type="checkbox"/> پرفوراسیون زخم سپتوم <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات
سر و گردن	Symptom <input type="checkbox"/> درد گردن <input type="checkbox"/> توده گردنی <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت
	Sign <input type="checkbox"/> بزرگی تیروئید <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی گردنی <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات

<input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> تنگی نفس کوشش <input type="checkbox"/> خس خس سینه <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت	Symptom	ریه
<input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری غیرطبیعی قفسه سینه <input type="checkbox"/> خشونت صدا <input type="checkbox"/> ویزینگ <input type="checkbox"/> کراکل <input type="checkbox"/> تاکی پنه <input type="checkbox"/> کاهش صداها ریوی <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه	Sign	
توضیحات		
<input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تنگی نفس ناگهانی شبانه <input type="checkbox"/> تنگی نفس در وضعیت خوابیده <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> سابقه سنکوپ <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت	Symptom	قلب و عروق
<input type="checkbox"/> S1S2 غیرطبیعی <input type="checkbox"/> صدای اضافی قلب <input type="checkbox"/> آریتمی <input type="checkbox"/> واریس اندام تحتانی <input type="checkbox"/> واریس اندام فوقانی <input type="checkbox"/> ادم اندام <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه	Sign	
توضیحات		
<input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> سوزش سردل <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> مدفوع قیری <input type="checkbox"/> خون روشن در مدفوع <input type="checkbox"/> اختلال در بلع <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت	Symptom	شکم و لگن
<input type="checkbox"/> تندر نس شکمی <input type="checkbox"/> ریباند تندر نس <input type="checkbox"/> هپاتومگالی <input type="checkbox"/> اسپلنومگالی <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> توده شکمی <input type="checkbox"/> دیستانسیون شکمی <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه	Sign	
توضیحات		
<input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/> درد پهلو <input type="checkbox"/> حساس سنگینی یا توده در بیضه <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت	Symptom	کلیه و مجاری ادراری، تناسلی
<input type="checkbox"/> تندرستی CVA <input type="checkbox"/> واریکوسل <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه	Sign	
توضیحات		
<input type="checkbox"/> خشکی مفصل <input type="checkbox"/> کمردرد <input type="checkbox"/> درد زانو <input type="checkbox"/> درد شانه <input type="checkbox"/> درد سایر مفاصل <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت	Symptom	اسکلتی و عضلانی
<input type="checkbox"/> محدودیت حرکتی مفصل <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی <input type="checkbox"/> اسکولیوز <input type="checkbox"/> امپوتاسیون <input type="checkbox"/> تست SLR مثبت <input type="checkbox"/> تست Reverse-SLR <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه	Sign	
توضیحات		
<input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> لرزش <input type="checkbox"/> اختلال حافظه <input type="checkbox"/> سابقه صرع/تشنج <input type="checkbox"/> گزگز و مور مور انگشتان دست <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت	Symptom	سیستم عصبی
<input type="checkbox"/> رفلکس زانوی غیرطبیعی <input type="checkbox"/> رفلکس آشیل غیرطبیعی <input type="checkbox"/> تست رومبرگ مختل <input type="checkbox"/> ترمور <input type="checkbox"/> اختلال حسی اندام ها <input type="checkbox"/> تست تینل مثبت <input type="checkbox"/> تست فالن مثبت <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه	Sign	
توضیحات		
<input type="checkbox"/> عصبانیت بیش از حد <input type="checkbox"/> پر خاشگری <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> خلق پایین <input type="checkbox"/> کاهش انگیزه <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون علامت	Symptom	اعصاب و روان
<input type="checkbox"/> هذیان <input type="checkbox"/> توهم <input type="checkbox"/> اختلال اورینتاسیون <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه	Sign	
توضیحات		
سایر موارد:		
مشخصات پزشک معاینه کننده:		
مهر و امضاء :		تاریخ معاینه: ۱۳ / /

۶- آزمایش ها (lab tests):

تاریخ: / / ۱۳

CBC : WBC RBC..... Hb..... HCT..... Plt.....
 U/A : Prot Glu..... RBC..... WBC..... Bact.....
 FBS Total Chol..... LDL..... HDL..... TG.....
 BUNCr..... ALT..... AST..... ALK.Ph..... PSA.....HBS Ag.....S/E & OB..... PPD.....

آزمایش های تخصصی /واکسیناسیون:

- ۱- نوع : نتیجه: تاریخ انجام: / / ۱۳
 ۲- نوع : نتیجه: تاریخ انجام: / / ۱۳
 ۳- نوع : نتیجه: تاریخ انجام: / / ۱۳

۷- پاراکلینیک:

الف - اپتومتری

میدان بینایی				دید رنگی				حدت بینایی				تاریخ
L		R		L		R		L		R		
بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	
								/10	/10	/10	/10	۱۳ / /
دید عمق												
ثانیه آرک												

ب - اودیومتری

تفسیر	SDS	SRT	۸۰۰۰	۶۰۰۰	۴۰۰۰	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	فرکانس	۱۳ / /
گوش راست	AC										
	BC										
گوش چپ	AC										
	BC										

ج - اسپیرومتری

تاریخ انجام: / / ۱۳		
FEV1 (درصد/مقدار)	FVC (درصد/مقدار)	FEV1/FVC%
FEF 25-75%	PEF	VEVT(Back Extrapolated Volume)
تفسیر:		

د - سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته های (P-A)CXR
تاریخ انجام: ۱۳ / /
یافته های ECG :
تاریخ انجام: ۱۳ / /
نتیجه رادیوگرافی ، سونوگرافی ، سی تی اسکن و سایر موارد:

۸- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها:

مشاوره یا ارجاع	نتیجه ارجاع
تاریخ : علت ارجاع: نوع تخصص:	
تاریخ : علت ارجاع: نوع تخصص:	

تذکر مهم- در صورت نیاز به ارجاع ، اعلام نظریه نهایی منوط به مشخص شدن نتیجه ارجاع خواهد بود .

۹- نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار / سلامت شغلی در خصوص کار شاغل:

<input type="checkbox"/> الف - بلامانع
<input type="checkbox"/> ب - مشروط ذکر شروط :
<input type="checkbox"/> ج - عدم صلاحیت / تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر ذکر علت یا علل رد صلاحیت پزشکی :
توصیه های پزشکی لازم :
مشخصات پزشک متخصص طب کار / سلامت شغلی ارائه دهنده نظر نهایی:
کد معاینات سلامت شغلی : تاریخ: ۱۳ / / مهر و امضاء: