

نوع معاینات:.....

شماره پرونده:.....

تاریخ:.....

محل الصاق عکس

به نام خدا
پرونده پزشکی کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی

۱- مشخصات فردی شاغل:

نام و نام خانوادگی:..... نام پدر:..... جنس: مرد زن وضعیت تأهل: متأهل متاهل مجرد
سال تولد:..... تعداد فرزندان:..... وضعیت نظام وظیفه: پایان خدمت معافیت پزشکی علت معافیت:..... رسته خدمت:.....
مدرک تحصیلی:..... بیمارستان محل خدمت:..... بخش/واحد محل خدمت:..... سمت:..... سمت سازمانی:.....
نام کارفرما:..... آدرس و تلفن محل کار:.....

۲- سوابق شغلی:

نوبت	بخش/واحد	سمت/وظیفه شغلی	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
			از	تا	
فعلی					
شغل دوم					
قبلی	اول				
	دوم				
	سوم				

۳- عوامل زیان آور محیط کار:

اشعه (<input type="checkbox"/> یونیزان <input type="checkbox"/> ماوراء بنفش <input type="checkbox"/> مادون قرمز <input type="checkbox"/> لیزر <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> صدا <input type="checkbox"/> سرما <input type="checkbox"/> گرما <input type="checkbox"/> نور نامناسب <input type="checkbox"/> سایر	مخاطرات فیزیکی	توضیحات (میزان و مدت مواجهه):
<input type="checkbox"/> داروهای سیتوتوکسیک <input type="checkbox"/> فرمالدئید <input type="checkbox"/> گلو تار آلدئید <input type="checkbox"/> متاکریلات <input type="checkbox"/> اتیلن اکسید <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> لاتکس <input type="checkbox"/> گاز بی هوشی (<input type="checkbox"/> اکسید نیتروژن <input type="checkbox"/> ایزوفلوران <input type="checkbox"/> هالوتان) <input type="checkbox"/> فیوم جوشکاری <input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> بخارات و ذرات ناشی از کوتر و لیزر <input type="checkbox"/> سایر	مخاطرات شیمیایی	توضیحات (میزان، مدت و راه مواجهه):
<input type="checkbox"/> حرکات نامناسب کمر <input type="checkbox"/> حرکات مکرر کمر <input type="checkbox"/> ایستادن طولانی <input type="checkbox"/> نشستن طولانی <input type="checkbox"/> بلند کردن <input type="checkbox"/> حرکات نامناسب و مکرر اندام فوقانی <input type="checkbox"/> حمل اجسام <input type="checkbox"/> هل دادن <input type="checkbox"/> کشیدن <input type="checkbox"/> سایر	مخاطرات ارگونومیک	توضیحات (میزان و مدت مواجهه):
<input type="checkbox"/> پاتوژن های منتقله از راه خون (<input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل) <input type="checkbox"/> پاتوژن های منتقله از راه هوا (<input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل) <input type="checkbox"/> سایر	مخاطرات بیولوژیک	توضیحات:
شیفت کاری: (<input type="checkbox"/> چرخشی <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> نامنظم) <input type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> استرس <input type="checkbox"/> سایر	مخاطرات سایکولوژیک	توضیحات:

پیشنهادات کنترلی:

مهر، امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای

تاریخ

۴- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (بر اساس پاسخ شاغل تکمیل شود.)			
توضیحات	خیر	بلی	سوال
			۱ آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمایید.
			۲ در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در محیط کار تغییر می کنند؟
			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 تغییر می کند؟
			۵ آیا از وسیله محافظتی (ماسک، رسیپراتور، عینک) استفاده می کنید؟
			۶ آیا از دستکش و گان هنگام کار استفاده می کنید؟
			۷ آیا در یک سال گذشته سابقه غیبت از کار به علت بیماری داشته اید؟
			۸ آیا تا به حال دچار حادثه یا بیماری مرتبط با کار شده اید؟
			۹ آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟
			۱۰ آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟
			۱۱ آیا سابقه جراحی دارید؟
			۱۲ آیا سابقه تزریق خون دارید؟
			۱۳ آیا در حال حاضر تحت درمان با داروی خاصی هستید؟
			۱۴ آیا سابقه بیماری مزمن یا سرطان در خانواده دارید؟ ذکر نمایید.
			۱۵ آیا سابقه ابتلا به سل دارید؟
			۱۶ آیا سابقه ابتلا به هپاتیت B دارید؟
			۱۷ آیا سابقه ابتلا به هپاتیت C دارید؟
			۱۸ آیا سابقه ابتلا به ایدز دارید؟
			۱۹ آیا سابقه ابتلا به سایر بیماریهای عفونی را دارید؟
			۲۰ آیا سابقه مسافرت خارج از کشور در سال گذشته داشته اید؟
			۲۱ آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی (لاتکس) حساسیت دارید؟
			۲۲ آیا سیگار می کشید؟ (تعداد و مدت):
			۲۳ آیا در حال حاضر باردار هستید؟
			۲۴ آیا سابقه ی مرده زایی یا نازایی دارید؟
			۲۵ آیا از کار فعلی خود راضی هستید؟

نام و نام خانوادگی
تاریخ، امضاء و اثر انگشت

۵- معاینات			
وزن (Kg):	قد (Cm):	فشارخون (mmHg):	تعداد نبض (در دقیقه):
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	کاهش وزن □ کاهش اشتها □ خستگی مزمن □ تعریق بیش از حد □ عدم تحمل گرما و سرما □ تب □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ وضعیت ظاهری (ill/toxic) □ مخاطات رنگ پریده □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		
چشم	Symptom	کاهش حدت بینایی □ تاری دید □ خستگی چشم □ دو بینی □ سوزش چشم □ ترس از نور □ اشک ریزش □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ رفلکس غیر طبیعی مردمک □ قرمزی چشم □ اسکلرای ایکتریک □ نیستاگموس □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		
پوست، مو و ناخن	Symptom	□ خارش پوست □ ریزش مو □ قرمزی پوست □ تغییر رنگ پوست □ زخم مزمن □ پوسته ریزی □ تغییر رنگ ناخن □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ ماکول □ پاپول □ ندول □ وزیکول □ زخم □ کهیر □ کلایینگ □ ریزش منطقه ای مو □ ریزش جنرال مو □ تغییرات پیگمانی (هایپو/هایپر پیگماتاسیون) □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom	□ کاهش شنوایی □ وزوز گوش □ سرگیجه واقعی □ درد گوش □ ترشح گوش □ آگرفتگی صدا □ گلودرد □ آبریزش بینی □ اختلال بویایی □ خارش بینی □ خونریزی بینی □ خشکی دهان □ احساس مزه فلزی در دهان □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ التهاب پرده تمپان □ پارگی پرده تمپان □ افزایش غیرطبیعی سرومن □ ترشح پشت حلق □ آگزودای حلق □ قرمزی حلق □ پولیپ بینی □ تندرس سینوسها □ lead line □ بوی بد دهان □ پرفوراسیون/زخم سپتوم □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		
سرو گردن	Symptom	□ درد گردن □ توده گردنی □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ بزرگی تیروئید □ لنفادنوپاتی گردنی □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		
پستان	Symptom	□ توده □ درد □ ترشح از نوک سینه □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ عدم قرینگی □ آدنوپاتی □ توده □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		
ریه	Symptom	□ سرفه □ خلط □ تنگی نفس کوششی □ خس خس سینه □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ وضعیت ظاهری غیرطبیعی قفسه سینه □ خشونت صدا □ ویزینگ □ کراکل □ تاکی پنه □ کاهش صداهای روی □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		
قلب و عروق	Symptom	□ درد قفسه سینه □ تپش قلب □ تنگی نفس ناگهانی شبانه □ تنگی نفس در وضعیت خوابیده □ سیانوز □ سابقه سنکوپ □ غیره..... □ بدون علامت	
	Sign	□ S1,S2 غیر طبیعی □ صدای اضافی قلب □ آریتمی □ واریس اندام تحتانی □ واریس اندام فوقانی □ ادم اندام □ غیره..... □ بدون نشانه	
	توضیحات		

شکم و لگن	Symptom	یبی اشتهایی □ تهوع □ استفراغ □ درد شکم □ سوزش سردل □ اسهال □ بیوست □ مدفوع قیری □ خون روشن در مدفوع □ اختلال در بلع □ غیره..... □
	Sign	□ تندرئس شکمی □ ریپاند تندرئس □ هیاتومگالی □ اسپلنومگالی □ آسیت □ توده شکمی □ دیستاسیون شکمی □ غیره..... □
	توضیحات	□ بدون نشانه
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	□ سوزش ادرار □ تکررادرار □ ادرار خونی □ درد پهلو □ احساس سنگینی یا توده در بیضه □ غیره..... □
	Sign	□ تندرئس □ CVA □ واریکوسل □ غیره..... □
	توضیحات	□ بدون نشانه
اسکلتی و عضلانی	Symptom	□ خشکی مفصل □ کمردرد □ درد زانو □ درد شانه □ درد سایر مفاصل □ غیره..... □
	Sign	□ محدودیت حرکتی مفصل □ کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی □ کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی □ اسکولیوز □ آمیوتاسیون □ تست SLR مثبت □ تست Reverse-SLR مثبت □ غیره..... □
	توضیحات	□ بدون نشانه
سیستم عصبی	Symptom	□ سردرد □ گیجی □ لرزش □ اختلال حافظه □ سابقه صرع/تشنج □ گزگز انگشتان دست □ غیره..... □
	Sign	□ رفلکس زانوی غیرطبیعی □ رفلکس آشیل غیر طبیعی □ تست رومبرگ مختل □ ترمور □ اختلال حسی اندام ها □ تست تینل مثبت □ تست فالن مثبت □ غیره..... □
	توضیحات	□ بدون نشانه
اعصاب و روان	Symptom	□ عصبانیت بیش از حد □ پرخاشگری □ اضطراب □ خلق پایین □ کاهش انگیزه □ غیره..... □
	Sign	□ هذیان □ توهم □ اختلال اوریتاسیون □ غیره..... □
	توضیحات	□ بدون نشانه
اختلال خواب	Symptom	□ آپنه □ خرخر کردن □ بی خوابی □ خواب آلودگی □ غیره..... □
	توضیحات	□ بدون علامت

پزشک معاینه کننده

مهرا، امضا و تاریخ

۶-آزمایشات:

تاریخ انجام:

CBC:

FBS:

TG:

Total Chol:

BUN:

Cr:

PPD:

HBS-Ab:

HBS-Ag:

HCV-Ab:

HIV-Ab:

Other tests:

واکسیناسیون:

نوع واکسیناسیون	بلی	خبر	تاریخ
سل			
سرخک، سرخچه،			
کزاز			آخرین نوبت:
هپاتیت ب			نوبت اول:
			نوبت دوم:
			نوبت سوم:

۷- پاراکلینیک:

دید رنگ		میدان بینایی		دید نزدیک		دید دور		حدت بینایی
چپ	راست	چپ	راست	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	

الف- ایتومتری:

ب- سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم:

نتایج	شیرطبیعی	طبیعی	تست ها
			ادیومتری
			اسپیرومتری
			EKG
			یافته های رادیوگرافیک
			بیولوژیک مایتورینگ

۸- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها:

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

الف - بلامانع <input type="checkbox"/>
ب - مشروط (توضیحات): <input type="checkbox"/>
ج - عدم صلاحیت / تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر (توضیحات): <input type="checkbox"/>
- توصیه (طبی، بهداشتی و شغلی):

تاریخ

مهر و امضاء پزشک مسوول معاینات