

«بسمتعالی»

«پرونده پزشکی سلامت شاغلین»

محل الصاق عکس	نوع معاینات	<input type="checkbox"/> آبدو استخدام	<input type="checkbox"/> دوره ای نوبت... <input type="checkbox"/> موردی
	تاریخ		
	شماره پرونده		
	شماره استخدامی شاغل		

۱- مشخصات فردی شاغل:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: مرد زن وضعیت تأهل: متأهل مجرد تعداد فرزندان: سال تولد:
 کد ملی: وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده رسته خدمت: معافیت پزشکی
 علت معافیت پزشکی:
 آدرس و تلفن محل کار:

۲- سوابق شغلی:

علت تغییر شغل	تاریخ اشتغال		وظیفه محوله	عنوان / سمت	
	تا	از			
					مشاغل فعلی
					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"/> خشونت <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل و نقل های 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"/> پاتوژن منتقله از راه هوا <input type="checkbox"/> پاتوژن منتقله از راه خون <input type="checkbox"/> بخارات ناشی از کوتر و لیزر <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> متاکریلات <input type="checkbox"/> اتیلن اکساید <input type="checkbox"/> حلال ها <input type="checkbox"/> اسید و بازها <input type="checkbox"/> گازها <input type="checkbox"/> داروهای سیتوتوکسیک <input type="checkbox"/> فرمالدئید <input type="checkbox"/> گلو تار آلدئید <input type="checkbox"/> Gel Red <input type="checkbox"/> اتیدیوم بروماید <input type="checkbox"/> اکریل آمید <input type="checkbox"/> فنل <input type="checkbox"/> گازبزی هوشی <input type="checkbox"/> لاتکس	<input type="checkbox"/> سر و صدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه IR <input type="checkbox"/> اشعه UV <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> لیزر دوز نامناسب <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> سایر	مشاغل فعلی
<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسورهای شغلی <input type="checkbox"/> خشونت <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل و نقل های 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"/> پاتوژن منتقله از راه هوا <input type="checkbox"/> پاتوژن منتقله از راه خون <input type="checkbox"/> بخارات ناشی از کوتر و لیزر <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> متاکریلات <input type="checkbox"/> اتیلن اکساید <input type="checkbox"/> حلال ها <input type="checkbox"/> اسید و بازها <input type="checkbox"/> گازها <input type="checkbox"/> داروهای سیتوتوکسیک <input type="checkbox"/> فرمالدئید <input type="checkbox"/> گلو تار آلدئید <input type="checkbox"/> Gel Red <input type="checkbox"/> اتیدیوم بروماید <input type="checkbox"/> اکریل آمید <input type="checkbox"/> فنل <input type="checkbox"/> گازبزی هوشی <input type="checkbox"/> لاتکس	<input type="checkbox"/> سر و صدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه IR <input type="checkbox"/> اشعه UV <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> لیزر دوز نامناسب <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> برق گرفتگی <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> سایر	مشاغل قبلی

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

نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار:

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای:	تاریخ: .../.../۱۳۰۰۰	مهر و امضاء
--	----------------------	-------------

«بسم‌تعالی»

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

ردیف	سؤال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمائید.			
۲	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در محیط کار تغییر می‌کند؟			
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟			
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در زمان تعطیلات و مرخصی‌ها تغییر می‌کند؟			
۵	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی (لاتکس) 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 دارید؟ ذکر نمایید.			
۹	آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟ ذکر نمایید.			
۱۰	آیا اکنون سیگار می‌کشید؟			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 تا کنون به حادثه شغلی دچار شده‌اید؟			نوع آسیب علت
۱۴	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از سه روز دارید.			
۱۵	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
۱۶	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			
۱۷	آیا سابقه بیماری MI را دارید؟			
۱۸	آیا از وسایل حفاظت فردی مثل (ماسک، عینک، گان و دستکش) استفاده می‌کنید؟			
۱۹	آیا سابقه تزریق خون دارید؟			
۲۰	آیا سابقه مسافرت خارج از کشور دارید؟			
۲۱	آیا در حال حاضر باردار هستید؟			
۲۲	آیا سابقه مرده زایی یا نازایی دارید.			
۲۳	آیا تا کنون در نتایج دوزیمتری، پرتوگیری بیش از حد مجاز ثبت گردیده است.			

امضاء و اثر انگشت شاغل مبنی بر تأیید اظهارات فوق

«بسمتعالی»

۱۰- معاینات:

تاریخ:/...../۱۳
 وزن(Kg):
 فشار خون(mmHg):
 قد(cm):
 تعداد نبض(در دقیقه):

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	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 <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/>
	Sign	وضعیت ظاهری(ill/toxic) <input type="checkbox"/> مخاطات رنگ پریده <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/>
	توضیحات	
چشم	symptom	کاهش بینائی <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"/> بدون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>
	Sign	رفلکس غیر طبیعی مردمک <input type="checkbox"/> قرمزی چشم <input type="checkbox"/> اسکلرای ایکتریک <input type="checkbox"/> نیستاگموس <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/>
	توضیحات	
پوست، مو و ناخن	symptom	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"/> بدون علامت <input type="checkbox"/>
	Sign	ماکول <input type="checkbox"/> پاپول <input type="checkbox"/> ندول <input type="checkbox"/> وزیکول <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"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/>
	توضیحات	
گوش، حلق، بینی و دهان	symptom	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"/> گلو درد <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> اختلال بویایی <input type="checkbox"/> خارش و سوزش بینی <input type="checkbox"/> خشکی دهان <input type="checkbox"/> احساس مزه فلزی در دهان <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/>
	Sign	التهاب پرده تمپان <input type="checkbox"/> پارگی پرده تمپان <input type="checkbox"/> افزایش غیر طبیعی سرومن <input type="checkbox"/> ترشح پشت سینوسها <input type="checkbox"/> Lead Line <input type="checkbox"/> بوی بد دهان <input type="checkbox"/> التهاب لثه <input type="checkbox"/> پرفوراسیون / زخم سپتوم <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/>
	توضیحات	
سر و گردن	symptom	درد گردن <input type="checkbox"/> توده گردنی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>
	Sign	بزرگی تیروئید <input type="checkbox"/> لنفانوپاتی گردنی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>
	توضیحات	

«بسم تعالی»

پرونده پزشکی شاغل

نام و نام خانوادگی:..... شماره پرونده

symptom	جس خس سینه <input type="checkbox"/> تنگی نفس کوششی <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> سرفه بدون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	ریه
Sign	کاهش صداهای ریوی <input type="checkbox"/> تاکی پنه <input type="checkbox"/> کراکل <input type="checkbox"/> ویزینگ <input type="checkbox"/> خشونت صدا <input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/> غیره.....	
توضیحات		
symptom	سابقه سنکوپ <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> تنگی نفس در وضعیت خوابیده <input type="checkbox"/> تنگی نفس ناگهانی شبانه <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	قلب و عروق
Sign	ادم اندام <input type="checkbox"/> واریس اندام فوقانی <input type="checkbox"/> واریس اندام تحتانی <input type="checkbox"/> آریتمی <input type="checkbox"/> صدای اضافی قلب <input type="checkbox"/> غیر طبیعی S1S2 بدون نشانه	
توضیحات		
symptom	خون روشن در مدفوع <input type="checkbox"/> مدفوع قیری <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> سوزش سر دل <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> بی اشتهایی <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>اختلال در بلع <input type="checkbox"/>	شکم و لگن
Sign	دیستانسیون شکمی <input type="checkbox"/> توده شکمی <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> اسپلنو مگالی <input type="checkbox"/> هپاتو مگالی <input type="checkbox"/> ریباند تندرns <input type="checkbox"/> تندرns شکمی <input type="checkbox"/> بدون نشانه	
توضیحات		
symptom	اجساس سنگینی یا توده در بیضه <input type="checkbox"/> درد پهلو <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	کلیه و مجاری ادراری، تناسلی
Sign	واریکوسل CVA <input type="checkbox"/> تندرns <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	
توضیحات		
symptom	درد سایر مفاصل <input type="checkbox"/> درد شانه <input type="checkbox"/> درد زانو <input type="checkbox"/> کمر درد <input type="checkbox"/> خشکی مفاصل <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	اسکلتی و عضلاتی
Sign	<input type="checkbox"/> اسکولیوز <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی <input type="checkbox"/> محدودیت حرکتی مفاصل <input type="checkbox"/> مثبت Reverse-SLR تست <input type="checkbox"/> مثبت SLR تست <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	
توضیحات		
symptom	گزگز و مورمور انگشتان دست <input type="checkbox"/> سابقه صرع/تشنج <input type="checkbox"/> اختلال حافظه <input type="checkbox"/> لرزش <input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> دون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	سیستم عصبی
Sign	ست تینل مثبت <input type="checkbox"/> اختلال حسی اندام ها <input type="checkbox"/> ترمور <input type="checkbox"/> تست رومبرگ مختل <input type="checkbox"/> رفلکس آشیل غیر طبیعی <input type="checkbox"/> رفلکس زانوی غیر طبیعی <input type="checkbox"/> تست فالن مثبت <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	
توضیحات		
symptom	کاهش انگیزه <input type="checkbox"/> خلق پایین <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> پرخاشگری <input type="checkbox"/> عصبانیت بیش از حد <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	عصاب و روان
Sign	اختلال اوریانتاسیون <input type="checkbox"/> توهم <input type="checkbox"/> هذیان <input type="checkbox"/> بدون نشانه <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	
توضیحات		
سایر موارد:		
مشخصات پزشک معاینه کننده:		
تاریخ معاینه:/...../۱۳...		
مهر و امضاء:		

۱۱- آزمایش ها (Lab tests)

تاریخ انجام:/...../۱۳

CBC:WBCRBCHbHCTplt
 U/A: Port GluRBC.....WBCBact
 FBSTotal cholLDL HDL TG
 BUNcrALT AST ALK,phPSA 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

۱۲- پاراکلینیک:

الف: اپتومتری

میدان بینایی				دید رنگی				حدت بینایی			
L		R		L		R		L		R	
غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح
								/	/	/	/
دید عمق											۱۳/.../...
ثانیه آرک											

ب- اودیومتری

تفسیر	SDS	SRT	۸۰۰۰	۶۰۰۰	۴۰۰۰	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	فرکانس	۱۳/.../.../...
										AC	
										BC	
										AC	
										BC	

ج- اسپیرومتری

FEV ₁ (درصد / مقدار)	FVC(درصد / مقدار)	FEV ₁ /FVC%
FEF 25-75%	PEF	VEXT(Bak Extrapolated Volume)
		تفسیر:

«بسمتعالی»

د- نوار قلب:

ه- سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته های (P-A)CXR	تاریخ انجام: ۱۳..../...../.....
--------------------	---------------------------------

نتیجه رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد:

۱۳- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها:

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

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

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

<input type="checkbox"/> الف- بلا مانع
<input type="checkbox"/> ب- مشروط ذکر شروط

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:

مهر و امضاء:

تاریخ: ۱۳.../..../.....

کد معاینات سلامت شغلی: