

Wzór
KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO
(numer kolejny badania.....)

Pieczęć podmiotu
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

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 badaniami

Imię i nazwisko						<table border="1"> <tr> <td>pleć M / K</td> <td></td> </tr> </table>	pleć M / K					
pleć M / K												
Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku – nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)												
Adres zamieszkania							kod pocztowy <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>--</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			--		
		--										
Zawód wyuczony Zawód wykonywany												

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania nauki

Nazwa												
Adres						kod pocztowy <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>--</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			--			
		--										

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów:

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

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

	dd	-	m-c	-	rok
Data założenia karty		-		-	
Data badania		-		-	

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

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

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

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:	NIE	TAK		
a) stwierdzono chorobę zawodową?			jaka?.....	Nr z wykazu chorób zawodowych <input type="text"/>
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 w pracy (W) ogólnego stanu zdrowia (O)	
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			kiedy?..... stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności).....	

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

Badanie podmiotowe

Skargi badanego(ej):

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu/choroby narządu głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo- płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry/uczulenia				
Choroby zakaźne/pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny¹⁾				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

¹⁾ w szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe				
											Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badana(y) przebył(a) zabieg (i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy?													
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?													
Czy badana(y) przyjmuje leki? Jakiej?													

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

.....
Podpis badanego

.....
Podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost		Masa ciała		Tętno		RR	
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak/nie	Orientacyjne pole widzenia		
Sluch	Szept UPm, ULm						
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							

*Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „v”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

BADANIA POMOCNICZE

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

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty:	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne Nie Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych Nie Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....

Rozpoznanie:

Zalecenia:

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej:

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Imię i nazwisko osoby badanej:.....

WYDANO ORZECZENIE O:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku
- 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 piersią uzasadniających:

- a) przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
- b) 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 dla zdrowia 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:

	dd	-	m-c	-	rok
Data wydania orzeczenia		-		-	
Data następnego badania		-		-	

Pieczętka i podpis 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**