

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	pracownik (P); praca nakładcza (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)	

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniem

Imię i nazwisko							
Identyfikator (numer PESEL o ile został nadany, a w przypadku jego braku – nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)						Płeć	
						M/K	
	Kod pocztowy			-			
Adres zamieszkania							
Zawód wyuczony/Zawód wykonywany							

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy/pobierania pracy

Nazwa							
Adres						Kod pocztowy	
			-				

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów

Imię i nazwisko osoby badanej:

Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej	tak	nie	dd	-	mc	-	rr
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/nauki	tak	nie	Data założenia karty		-		-
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	tak	nie	Data badania		-		-
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/nauki	tak	nie					

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 badanie

*w razie braku skierowania od pracodawcy/placówki dydaktycznej 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?			Jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych
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
c) przyznano świadczenia rentowe			Kiedy?.....	Z jakiego powodu Choroby zawodowej (Z), wypadku w pracy (W), ogólnego stanu zdrowia (O)
d) 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 rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości	obecnie
Inne używki				

* 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 badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) 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	
Słuch	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 poprzez wstawienie 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 wykonywanych badań okresowych

Nie ☐

Tak ☐

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywanych 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
- ☐ Przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią uzasadniających:
- ☐ a) przeniesienie do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe, zwolnienia jej na czas niezbędny 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 konieczność przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
- ☐ szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
- ☐ zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla młodocianego
- ☐ podejrzenie powstania choroby zawodowej
- ☐ niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy
- ☐ potrzebie stosowania okularów ochronnych podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego
- ☐ inne

Uwagi:

	dd		mm		rr
Data wydania orzeczenia					
Data następnego badania					

(pieczętka i podpis lekarza)

- ☐ badany/podmiot kierujący na badanie* odwołuje się od treści wydanego orzeczenia lekarskiego dow dniu
- ☐ Dokumentację medyczną wydano osobie badanej/przestano do jednostki odwoławczej* w dniu

*niepotrzebne skreślić