

«به نام خدا»

محل الصاق عکس	نوع معاینات	○ بدو استخدام ○ دوره‌ای نوبت..... ○ موردی	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت - مرکز سلامت محیط و کار پرونده پزشکی شاغل
	تاریخ		
	شماره پرونده		
	شماره استخدامی شاغل		

1- مشخصات فردی شاغل:

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

2- سوابق شغلی:

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

3- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی:

روانی	ارگونومی	بیولوژیک	شیمیایی	فیزیکی	
○ نوبت کاری ○ استرس‌ورهای شغلی ○ سایر	○ ایستادن یا نشستن طولانی مدت ○ کار تکراری ○ حمل و نقل بار سنگین ○ وضعیت نامناسب بدن ○ سایر	○ گزش ○ باکتری ○ ویروس ○ انگل ○ سایر	○ گردوغبار ○ دمه فلزات ○ حلال ○ آفت کشها ○ اسید و بازها ○ گازها	○ سر و صدا ○ ارتعاش ○ اشعه غیر یونیزان ○ اشعه یونیزان ○ استرس حرارتی ○ سایر	مشاغل فعلی
○ نوبت کاری ○ استرس‌ورهای شغلی ○ سایر	○ ایستادن یا نشستن طولانی مدت ○ کار تکراری ○ حمل و نقل بار سنگین ○ وضعیت نامناسب بدن ○ سایر	○ گزش ○ باکتری ○ ویروس ○ انگل ○ سایر	○ گردوغبار ○ دمه فلزات ○ حلال ○ آفت کشها ○ اسید و بازها ○ گازها	○ سر و صدا ○ ارتعاش ○ اشعه غیر یونیزان ○ اشعه یونیزان ○ استرس حرارتی ○ سایر	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: / / 13

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای:

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

ردیف	سؤال	بلی	خیر	توضیحات
1	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمائید.			
2	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر محیط کار تغییر می کند؟			
3	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟			
4	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
5	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
6	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟			
7	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمائید.			
8	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمائید.			
9	آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ ذکر نمائید.			
10	آیا اکنون سیگار می کشید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
11	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
12	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید.			
13	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟			نوع آسیب علت.....
14	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از 3 روز دارید؟			
15	آیا منزل شمادر مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
16	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

5- معاینات:

فشار خون (mmHg):

وزن (Kg):

تاریخ: / / 13

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 توضیحات
	Symptom <input type="checkbox"/> کاهش حدت بینایی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> خستگی چشم <input type="checkbox"/> دو بینی <input type="checkbox"/> سوزش چشم <input type="checkbox"/> خارش چشم <input type="checkbox"/> ترس از نور <input type="checkbox"/> اشک ریزش <input type="checkbox"/> غیره Sign <input type="checkbox"/> رفلکس غیر طبیعی مردمک <input type="checkbox"/> قرمزی چشم <input type="checkbox"/> اسکلرای ایکتریک <input type="checkbox"/> نیستایگموس <input type="checkbox"/> غیره توضیحات
	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 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"/> گلو درد <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 Sign <input type="checkbox"/> التهاب پرده تمپان <input type="checkbox"/> پارگی پرده تمپان <input type="checkbox"/> افزایش غیر طبیعی 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"/> تندرنس 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 توضیحات
	Symptom <input type="checkbox"/> درد گردن <input type="checkbox"/> توده گردنی <input type="checkbox"/> غیره Sign <input type="checkbox"/> بزرگی تیروئید <input type="checkbox"/> لنفادنوپاتی گردنی <input type="checkbox"/> غیره توضیحات
	توضیحات

ریه	Symptom	○ سرفه ○ خلط ○ تنگی نفس کوششی ○ خس خس سینه ○ غیره.....
	Sign	○ وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه ○ خشونت صدا ○ ویزینگ ○ کراکل ○ تاکی پنه ○ کاهش صداهای ریوی ○ بدون نشانه ○ غیره.....
	توضیحات	
قلب و عروق	Symptom	○ درد قفسه سینه ○ تپش قلب ○ تنگی نفس ناگهانی شبانه ○ تنگی نفس در وضعیت خوابیده ○ سیانوز ○ سابقه سنکوپ ○ غیره.....
	Sign	○ S1S2 غیر طبیعی ○ صدای اضافی قلب ○ آریتمی ○ واریس اندام تحتانی ○ واریس اندام فوقانی ○ ادم اندام ○ بدون نشانه ○ غیره.....
	توضیحات	
شکم و لگن	Symptom	○ بی اشتها ○ تهوع ○ استفراغ ○ درد شکم ○ سوزش سر دل ○ اسهال ○ یبوست ○ مدفوع قیری ○ خون روشن در مدفوع ○ اختلال در بلع ○ غیره.....
	Sign	○ تندر نس شکمی ○ ریباند تندر نس ○ هپاتو مگالی ○ اسپلنو مگالی ○ آسیت ○ توده شکمی ○ دیستانسیون شکمی ○ غیره.....
	توضیحات	
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	○ سوزش ادرار ○ تکرر ادرار ○ ادرار خونی ○ درد پهلو ○ احساس سنگینی یا توده در بیضه ○ غیره.....
	Sign	○ تندر نس CVA ○ واریکوسل ○ غیره.....
	توضیحات	
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	
سیستم عصبی	Symptom	○ سردرد ○ گیجی ○ لرزش ○ اختلال حافظه ○ سابقه صرع/تشنج ○ گزگز و مور مور انگشتان دست ○ غیره.....
	Sign	○ رفلکس زانوی غیر طبیعی ○ رفلکس آشیل غیر طبیعی ○ تست رومبرگ مختل ○ ترمور ○ اختلال حسی اندامها ○ تست تینل مثبت ○ تست فالن مثبت ○ غیره.....
	توضیحات	
اعصاب و روان	Symptom	○ عصبانیت بیش از حد ○ پر خاشگری ○ اضطراب ○ خلق پایین ○ کاهش انگیزه ○ غیره.....
	Sign	○ هذیان ○ توهم ○ اختلال اوربانتاسیون ○ غیره.....
	توضیحات	
سایر موارد :		
مشخصات پزشک معاینه کننده:		
تاریخ معاینه: 13 / /		
مهر و امضاء:		

6- آزمایش ها (lab tests):

تاریخ انجام: 13 / /

CBC: WBC..... RBC Hb..... HCT..... Plt.....

U/A: Prot..... Glu..... RBC..... WBC..... Bact.....

FBS Total Chol..... LDL..... HDL..... TG.....

BUN..... Cr..... ALT..... AST..... ALK.Ph..... PSA..... HBS Ag..... S/E & OB..... PPD.....

آزمایش های تخصصی/واکسیناسیون:

1- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

2- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

3- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

7- پارا کلینیک:

الف - اپتومتری

میدان بینایی				دید رنگی				حدت بینایی				تاریخ
L		R		L		R		L		R		
غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	
								/10	/10	/10	/10	13 / /
دید عمق												
ثابته آرک												

ب - اودیومتری

13 / /	فرکانس	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	SRT	SDS	تفسیر
گوش راست	AC										
	BC										
گوش چپ	AC										
	BC										

ج - اسپیرومتری

تاریخ انجام: 13 / /

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- بلا مانع
<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:

بسمه تعالی

تامین اجتماعی

ریاست محترم شعبه

باسلام

در اجرای ماده ۹۰ قانون تامین اجتماعی فرم معاینات قبل از استخدام مربوط به آقای/ خانم در شغل که به

رویت و تایید اینجانب کارفرما شرکت رسیده است جهت اقدام مقتضی ایفاد می گردد.

مهر و امضاء کارفرما

تاریخ: