

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej /
Lekarza 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											Data urodzenia				-			-				
											dzień - miesiąc rok											
Identyfikator (PESEL)												pleć M / K										
Adres zamieszkania											kod pocztowy				-							
Wykształcenie. zawód wyuczony / wykonywany											NIP											

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy

Nazwa											REGON									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres											kod pocztowy				--			
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--	--	--	----	--	--	--

Stanowisko pracy

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

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

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

Wywiad zawodowy

Nazwa zakładu pracy/ Pracodawcy (wydział/oddział)	Stanowisko pracy	Okres zatrudnienia	Czynniki szkodliwy /uciążliwy	Okres zatrudnienia w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK
a) stwierdzono chorobę zawodową?		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?		
c) badany (a) uległ (a) wypadkowi w pracy?		
d) przyznano świadczenie rentowe?		

jaka?

Nr z wykazu chorób zawodowych

kiedy?

Z jakiego powodu?

kiedy?

Opis skutków zdrowotnych wypadku

kiedy?

Z jakiego powodu

(choroby zawodowej **(Z)** wypadku w pracy **(W)** ogólnego stanu zdrowia **(O)**)?

Wywiad lekarski

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 wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowego			
Choroby układu ruchu			
Uczulenia			
Wywiad rodzinny ¹			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu obecnie			Ile sztuk dziennie ?
Palenie tytoniu w przeszłości			Ile lat ?

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		B. słabe		Inna ocena	
--	-------	--	--------------	--	--------------	--	----------	--	------------	--

	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?			

_____ **Podpis badanego**

¹ zwłaszcza alergie (astma), cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost		Masa ciała		tętno		RR	
---------------	--	-------------------	--	--------------	--	-----------	--

	Norma	Patologia	Patologia (opis)	Nr kodu ICD 10
Skóra				
Czaszka				
Węzły chłonne				
Gałki oczne				
Wzrok				
Słuch				
Nos				
Jama ustno-gardłowa				
Zęby				
Szyja				
Klatka piersiowa				
Płuca				
Układ sercowo-naczyniowy				
Brzuch				
Wątroba i pęcherzyk żółciowy				
Śledziona				
Trzustka				
Układ moczowy				
Układ ruchu				
Układ nerwowy				
Stan psychiczny				

* Stwierdzenie „normy” lub „patologii” należy dokonać przy uwzględnieniu co najmniej zakresu objawów określonych w karcie pomocniczej; odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „v”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.

BADANIA POMOCNICZE

Lp.	Rodzaj badanie	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania (najważniejsze)

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

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

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

Nazwisko lekarza rodzinnego (adres praktyki)

Informacje dla lekarza rodzinnego

--

ORZECZENIE

a) brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku _____

b) przeciwwskazania zdrowotne do pracy na stanowisku _____

WYDANO ZAŚWIADCZENIE O:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych

- przeciwwskazaniach zdrowotnych

- niezdolności badanego (nej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:

szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie

niemożność wykonywania dotychczasowej pracy przez kobietę w ciąży

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

Pieczęć i podpis lekarza