



KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

(nr kolejny badania)

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 nakładczą (N) pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)	

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko		pleć M / K
Identyfikator (numer PESEL o ile został nadany, w przypadku jego braku - nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)		kod pocztowy
Adres zamieszkania		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Zawód wyuczony/ Zawód wykonywany		

szare pola wypełnia pacjent

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy / pobierania nauki

Nazwa		kod pocztowy
Adres		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

szare pola wypełnia pacjent

Stanowisko pracy / kierunek nauki / kierunek studiów:

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

	dzień	m-c	rok
Data założenia karty	<input type="text"/> <input type="text"/>	- <input type="text"/> <input type="text"/>	- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data badania	<input type="text"/> <input type="text"/>	- <input type="text"/> <input type="text"/>	- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* 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

szare pola wypełnia pacjent

Czy w przebiegu pracy zawodowej: **NIE** **TAK** Nr z wykazu chorób zawodowych

szare pola wypełnia pacjent

a) stwierdzono chorobę zawodową?			jaką?	
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 zawodowe(Z); wypadku w pracy(W); ogólnego stanu zdrowia(O))
e) orzeczono stopień niepełnosprawności?			kiedy?	stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności)

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

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				

szare pola wypełnia pacjent

szare pola wypełnia pacjent

* 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	
---------------------------------	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

szare pola wypełnia pacjent

	TAK	NIE	Opis uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg/i operacyjny/e? Jakie? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badana(y) przyjmuje leki? Jakie?			

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

szare pola wypełnia pacjent

.....
Podpis badanego

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

Upoważniam / nie upoważniam	Upoważniam / nie upoważniam
..... (imię i nazwisko, dane kontaktowe) (imię i nazwisko,)
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych	do uzyskiwania dokumentacji
..... Podpis badanego Podpis badanego

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost		Masa ciała		Tętno		R.R.	
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				szare pola wypełnia pacjent
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 postawienie znaku "V", przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzu

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE POMOCNICZE

L.p.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badań istotne dla czynnika narażenia

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

L.p.	Skierowanie do specjalisty:	Data skierowania	Data konsultacji	Wyniki konsultacji

Imię i nazwisko osoby badanej:

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne: NIE TAK

L.p.	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:

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

szare pola wypełnia pacjent

szare pola wypełnia pacjent

- 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

szare pola wypełnia pacjent

UWAGI:

szare pola wypełnia pacjent

	dzień		m-c		rok	
Data wydania orzeczenia						
Data następnego badania						

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Badany(a) podmiot kierujący na badania* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do
w dniu

Dokumentację medyczną wydano osobie badanej/przesłano do jednostki odwoławczej* w dniu

* niepotrzebne skreślić