


محل الصاق عکس	<input type="checkbox"/> بدو استخدام <input type="checkbox"/> دوره ای نوبت .... <input type="checkbox"/> موردی	نوع معاینات	 <p>معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی پرونده پزشکی شاغل</p>
		تاریخ	
		شماره پرونده	
		شماره استخدامی شاغل	

نام محل خدمت فعلی شاغل: (کارخانه/بیمارستان و...)

### ۱- مشخصات فردی شاغل

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

### ۲- سوابق شغلی

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

### ۳- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی

روانی	ارگونومی	بیولوژیک	شیمیایی	فیزیکی	
<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسورهای شغلی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل و نقل بار سنگین <input type="checkbox"/> وضعیت نامناسب بدن <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گردوغبار <input type="checkbox"/> دمه فلزات <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> آفت کشها <input type="checkbox"/> اسید و بازها <input type="checkbox"/> گازها	<input type="checkbox"/> سروصدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> سایر	<b>مشاغل فعلی</b>
<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> استرسورهای شغلی <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> ایستادن یا نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> حمل و نقل بار سنگین <input type="checkbox"/> وضعیت نامناسب بدن <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گردوغبار <input type="checkbox"/> دمه فلزات <input type="checkbox"/> حلال <input type="checkbox"/> آفت کشها <input type="checkbox"/> اسید و بازها <input type="checkbox"/> گازها	<input type="checkbox"/> سروصدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> استرس حرارتی <input type="checkbox"/> سایر	<b>مشاغل قبلی</b>

آیا ارزیابی عوامل زیان آور محیط کار قبل از معاینات انجام شده است؟ بلی  خیر

نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای در خصوص عوامل زیان آور محیط کار:

نوع عامل زیان آور	مقدار ( شدت ) عامل زیان آور	مدت زمان مواجهه	تاریخ اندازه گیری	تفسیر کارشناسی

۴- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (بر اساس پاسخ شاغل تکمیل شود)

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمائید.			
۲	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در محیط کار تغییر می کند؟			
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علائم مشابه در محل کار دارند؟			
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
۵	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
۶	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟			
۷	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید.			
۸	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمایید.			
۹	آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ ذکر نمایید.			
۱۰	آیا اکنون سیگار می کشید؟			تعداد نخ روزانه ..... مدت استعمال ..... سال
۱۱	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟			تعداد نخ روزانه ..... مدت استعمال ..... سال
۱۲	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید.			
۱۳	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟			نوع آسیب ..... علت .....
۱۴	آیا سابقه غیبت از کار بدلیل بیماری بیش از ۳ روز دارید؟			
۱۵	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
۱۶	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی دارید؟			

امضاء و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق

۵- معاینات:

تاریخ: / / ۱۳ ..... وزن (kg): ..... فشارخون (mmhg): .....  
قد (Cm): ..... تعداد نبض (دردقیقه): .....

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 □ کاهش وزن □ کاهش اشتها □ خستگی مزمن □ اختلال در خواب □ تعریق بیش از حد □ عدم تحمل گرما و سرما □ تب □ غیره .....
	Sign □ وضعیت ظاهری ( ill/toxic ) □ مخاطات رنگ پریده □ غیره .....
	توضیحات
چشم	Symptom □ کاهش حدت بینایی □ تاری دید □ خستگی چشم □ دوبینی □ سوزش چشم □ خارش چشم □ ترس از نور □ اشک ریزش □ غیره .....
	Sign □ رفلکس غیرطبیعی مردمک □ قرمزی چشم □ اسکلرای ایکتریک □ نیستایگموس □ غیره .....
	توضیحات
پوست ، مو و ناخن	Symptom □ خارش پوست □ ریزش مو □ قرمزی پوست □ تغییر رنگ پوست □ زخم مزمن □ پوسته ریزی □ تغییر رنگ ناخن □ غیره
	Sign □ ماکول □ پاپول □ ندول □ وریکول □ زخم □ کهیر □ کلایینگ □ ریزش منطقه ای □ مو □ ریزش جنرال مو □ تغییرات پیگمانی ( هایپو / هایپر پیگمانتاسیون ) □ غیره .....
	توضیحات
گوش ، حلق ، بینی و دهان	Symptom □ کاهش شنوایی □ وزوز گوش □ سرگیجه واقعی □ درد گوش □ ترشح گوش □ گرفتگی صدا □ گلودرد □ آبریزش بینی □ اختلال بویایی □ خارش و سوزش بینی □ خونریزی بینی □ خشکی دهان □ احساس مزه فلزی در دهان □ غیره .....
	Sign □ التهاب پرده تمپان □ پارگی پرده تمپان □ افزایش غیرطبیعی سرومن □ ترشح پشت حلق □ آگزودای حلق □ قرمزی حلق □ پولیپ بینی □ تندرنس سینوسها □ lead Line □ بوی بد دهان □ التهاب لثه □ پرفوراسیون/ زخم سیتوم □ غیره .....
	توضیحات
سر و گردن	Symptom □ درد گردن □ توده گردنی □ غیره .....
	Sign □ بزرگی تیروئید □ لنفادنوپاتی گردنی □ غیره .....
	توضیحات

پرونده پزشکی شاغل ..... نام و نام خانوادگی ..... شماره پرونده .....  
 شماره پرونده ..... نام و نام خانوادگی ..... شماره پرونده .....

symptom	□سرفه □خلط □تنگی نفس کوششی □خس خس سینه □غیره..... □بدون علامت	ریه
sign	□وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه □خشونت صدا □ویزینگ □کراکل □تاکای پنه □کاهش صداهای ریوی □بدون ن شانه □غیره.....	
توضیحات		
symptom	□درد قفسه سینه □تپش قلب □تنگی نفس ناگهانی شبانه □تنگی نفس در وضعیت خوابیده □سیانوز □سابقه سنکوب □غیره..... □بدون علامت	قلب و عروق
sign	□صدای اضافی قلب □آریتمی □واریس اندام تحتانی □واریس اندام فوقانی □ادم اندام □غیر طبیعی S1S2 □بدون ن شانه □غیره.....	
توضیحات		
symptom	□درد شکم □سوزش سردل □اسهال □یبوست □مدفوع قیری □خون روشن در مدفوع □بی اشتهایی □تهوع □استفراغ □اختلال در بلع □غیره..... □بدون علامت	شکم و لگن
sign	□تندرنس شکمی □ریباند تندرنس □هیاتو مگالی □اسپلنومگالی □آسیت □توده شکمی □دیستانسیمون شکمی □بدون ن شانه □غیره.....	
توضیحات		
symptom	□سوزش ادرار □تکرر ادرار □ادرار خونی □درد پهلو □احساس سنگینی یا توده در بیضه □غیره..... □بدون علامت	کلیه و مجاری ادراری، تناسلی
sign	□تندرنس CVA □واریکوسل □غیره..... □بدون ن شانه	
توضیحات		
symptom	□خشکی مفصل □کمر درد □درد زانو □درد شانه □درد سایر مفاصل □غیره..... □بدون علامت	اسکلتی و عضلانی
sign	□محدودیت حرکتی مفصل □کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی □کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی □اسکولیوز □آمپوتاسیون مثبت □تست SLR مثبت □تست Reverse-SLR □بدون ن شانه	
توضیحات		
symptom	□سر درد □گیجی □لرزش □اختلال حافظه □سابقه صرع / تشنج □گزگز و مور مور انگشتان دست □غیره..... □بدون علامت	سیستم عصبی
sign	□رفلکس زانوی غیر طبیعی □رفلکس آشیل غیر طبیعی □تست رومبرگ مختل □ترمور □اختلال حسی اندام ها □تست تینل مثبت □تست فالن مثبت □غیره..... □بدون ن شانه	
توضیحات		
symptom	□عصبانیت بیش از حد □پرخاشگری □اضطراب □خلق پایین □کاهش انگیزه □غیره..... □بدون علامت	اعصاب روان
sign	□هذیان □توهم □اختلال اوربانتاسیون □غیره..... □بدون ن شانه	
توضیحات		
سایر موارد		
مشخصات پزشک معاینه کننده:		
تاریخ معاینه : / / ۱۳ مهر و امضاء:		

شماره پرونده .....

نام و نام خانوادگی .....

پرونده پزشکی شاغل .....

۶- آزمایش ها ( lab tests ) :

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 ..... HBS Ag ..... S/E & OB ..... PPD.....

آزمایش های تخصصی / واکسیناسیون :

۱- نوع ..... نتیجه ..... تاریخ انجام : ۱۳ / /

۲- نوع ..... نتیجه ..... تاریخ انجام : ۱۳ / /

۳- نوع ..... نتیجه ..... تاریخ انجام : ۱۳ / /

۷- پاراکلینیک

الف - اپتومتری

میدان بینایی				دید رنگی				حدت بینایی				تاریخ
L		R		L		R		L		R		
غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	
								/۱۰	/۱۰	/۱۰	/۱۰	۱۳ / /
دید عمق												
ثانیه آرک .....												

ب- اودیومتری

تفسیر	SDS	SRT	۸۰۰۰	۶۰۰۰	۴۰۰۰	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	فرکانس	۱۳ / /
گوش راست	AC										
	BC										
گوش چپ	AC										
	BC										

ج- اسپرومتری

تاریخ انجام : ۱۳ / /		
FEV <sub>1</sub> /FVC%	FVC(درصد / مقدار)	FEV <sub>1</sub> (درصد / مقدار)
FEF ۲۵-۷۵%	PEF	VEXT(Back Extrapolated Volume)
		تفسیر:

## د- سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته های CXR (P-A) تاریخ: / / ۱۳	
یافته های ECG تاریخ: / / ۱۳	
نتیجه رادیوگرافی ، سونوگرافی ، سی تی اسکن و سایر موارد : ..... ..... ..... .....	

## ۸- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها :

مشاوره یا ارجاع	نتیجه ارجاع
تاریخ: / / ۱۳ نوع تخصص: علت ارجاع :	
تاریخ: / / ۱۳ نوع تخصص: علت ارجاع :	
تاریخ: / / ۱۳ نوع تخصص: علت ارجاع :	

تذکر مهم-در صورت نیاز به ارجاع، اعلام نظر نهایی منوط به مشخص شدن نتیجه ارجاع خواهد بود.

۹- نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار / سلامت شغلی در خصوص کار شاغل : الف- بلامانع	۱۰- نظر نهایی کارشناس بهداشت حرفه ای با توجه به معاینات انجام شده و شرایط محیط کار:
ب- مشروط ذکر شروط:	ب- شرایط محیط کار:
ج- عدم صلاحیت / تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر ذکر علت یا علل رد صلاحیت پزشکی:	ج- ذکر علت یا علل عدم صلاحیت جهت انجام شغل مورد نظر با توجه به شرایط محیط کار و شغل مربوطه :
توصیه های پزشکی لازم :	توصیه های کارشناسی لازم :
مشخصات پزشک متخصص طب کار / سلامت شغلی ارائه دهنده نظریه نهایی: کد معاینات سلامت شغلی : تاریخ: / / ۱۳ مهر و امضاء:	نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای : تاریخ: / / ۱۳ مهر و امضاء: