

محل الصاق عکس	نوع معاینات	ذکر نشده
	تاریخ	ذکر نشده
	شماره پرونده	
	شماره استخدامی شاغل	



۱- مشخصات فردی شاغل

نام و نام خانوادگی: محمد پارسا امیری	نام پدر: علی	جنسیت: مرد
وضعیت تاهل: مجرد	تعداد فرزندان: ذکر نشده	سال تولد: ۱۷
وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده	رسته خدمت: ذکر نشده	کد ملی: ۰۴۴۱۳۶۵۷۶۶
علت معافیت پزشکی: ذکر نشده	نام واحد کاری: ذکر نشده	معافیت پزشکی: <input checked="" type="checkbox"/>
آدرس و تلفن محل کار: ذکر نشده		

۲- سوابق شغلی

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

۳- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی:

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

توضیحات لازم در خصوص موارد ثبت شده در جدول و ثبت نتایج اندازه گیری ها: ذکر نشده

کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار: ذکر نشده

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای: ذکر نشده

مهر و امضا: تاریخ: ذکر نشده

نام و نام خانوادگی:

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

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

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

تاریخ، ذکر نشده		ذکر نشده	ذکر نشده
تعداد نبض (در دقیقه)، ذکر نشده		ذکر نشده	ذکر نشده
بررسی ارگان ها	Symptom	کاهش وزن	کاهش اشتها
	sign	عدم تحمل گرما و سرما	تب
	توضیحات	وضعیت ظاهری (toxic/ill)	مخاطبات رنگ پریده
عمومی	Symptom	کاهش حد بینایی	تاری دید
	sign	ترس از نور	اشک ریزش
	توضیحات	رفلکس غیر طبیعی مردمک	قرمزی چشم
چشم	Symptom	کاهش حد بینایی	تاری دید
	sign	ترس از نور	اشک ریزش
	توضیحات	رفلکس غیر طبیعی مردمک	قرمزی چشم
پوست، مو و ناخن	Symptom	خارش پوست	ریزش مو
	sign	پوسته ریزی	تغییر رنگ ناخن
	توضیحات	ماکول	پاپول
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom	کاهش شنوایی	وزوز گوش
	sign	گرفتگی صدا	گلودرد
	توضیحات	خونریزی بینی	غیره.....
سر و گردن	Symptom	التهاب پرده تمان	پارگی پرده تمان
	sign	اگزودای حلق	قرمزی حلق
	توضیحات	lead line	بوی بد دهان
ریه	Symptom	درد گردن	توده گردنی
	sign	بزرگی تیروئید	لنفادنوپاتی گردنی
	توضیحات	سرفه	خلط
قلب و عروق	Symptom	درد قفسه سینه	تپش قلب
	sign	سیانوز	سابقه سکوپ
	توضیحات	S1S2 غیر طبیعی	صدای اضافه قلب
شکم و لگن	Symptom	بی اشتها	تهوع
	sign	اسهال	یبوست
	توضیحات	تندرنس شکمی	ریباند تندرنس
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	سوزش درار	تکرر ادرار
	sign	احساس سنگینی یا توده در بیضه	واړیکوسل
	توضیحات	تندرنستی CVA	غیره.....
اسکلتی و عضلانی	Symptom	خشکی مفصل	کمردرد
	sign	محدودیت حرکتی مفصل	امپوتاسیون
	توضیحات	اسکولیوز	غیره.....
سیستم عصبی	Symptom	سردرد	گیجی
	sign	رفلکس زانوی غیر طبیعی	رفلکس آشیل غیر طبیعی
	توضیحات	اختلال حسی اندام ها	تست تینل مثبت
اعصاب و روان	Symptom	عصبانیت پیش از حد	پر خاشگری
	sign	کاهش انگیزه	توهم
	توضیحات	هذیان	غیره.....
سایر موارد:		ذکر نشده	

تاریخ: ذکر نشده

ذکر نشده: CBC; WBC: RBC: ذکر نشده: Hb: ذکر نشده: HTC: ذکر نشده: Plt: ذکر نشده: U/A: Prot: Glu: ذکر نشده: RBC: ذکر نشده: WBC: ذکر نشده: Bact: ذکر نشده: FBS: ذکر نشده: TSH: ذکر نشده: D3: ذکر نشده: TG: ذکر نشده: HDL: ذکر نشده: LDL: ذکر نشده: Total Chol: ذکر نشده: PSA: ذکر نشده: Cr: ذکر نشده: ALT: ذکر نشده: AST: ذکر نشده: ALK.Ph: ذکر نشده: LEAD: ذکر نشده: S/E & OB: ذکر نشده: PPD: ذکر نشده

آزمایش های تخصصی /واکسیناسیون:

- ۱-نوع: ذکر نشده نتیجه: ذکر نشده تاریخ: ذکر نشده
- ۲-نوع: ذکر نشده نتیجه: ذکر نشده تاریخ: ذکر نشده
- ۳-نوع: ذکر نشده نتیجه: ذکر نشده تاریخ: ذکر نشده

۷-پاراکلینیک:

الف-پتومتری

تاریخ	حدت بینایی				دید رنگی	میدان بینایی
	L		R		ذکر نشده	ذکر نشده
	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح		
	۱۰ / ذکر نشده	۱۰ / ذکر نشده	۱۰ / ذکر نشده	۱۰ / ذکر نشده		
ذکر نشده	دید عمق					
	ثانیه آرک: ذکر نشده					

ب-اودیومتری

تفسیر	۸۰۰۰	۶۰۰۰	۴۰۰۰	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	فرکانس	تاریخ: ذکر نشده
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	AC	گوش راست
	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	BC	
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	AC	گوش راست
	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	BC	

ج-اسپیرومتری

تاریخ انجام: None/None/None		
FEV۱ (درصد/مقدار)	FVC (درصد/مقدار)	٪FEV۱/FVC
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده
FEF ۲۵-۷۵%	PEF	VEXT (Back Extrapolated Volume)
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده
تفسیر:		
ذکر نشده		

د-سایر اقدامات پارکلینیک در صورت لزوم

یافته های CXR(P-A)	ذکر نشده
	تاریخ انجام: ذکر نشده
یافته های ECG	ذکر نشده
	تاریخ انجام: ذکر نشده
نتیجه رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد:	
ذکر نشده	

۸-ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها:	
مشاوره یا ارجاع	نتیجه ارجاع
تاریخ: ذکر نشده علت ارجاع: ذکر نشده نوع تخصص: ذکر نشده	ذکر نشده
تاریخ: ذکر نشده علت ارجاع: ذکر نشده نوع تخصص: ذکر نشده	ذکر نشده

۹-نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی در خصوص کار شاغل:	
الف-بلامانع ❌	
ب-مشروط ❌ ذکر مشروط: ذکر نشده	
ج-عدم صلاحیت/تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر ❌ علل رد صلاحیت پزشکی: ذکر نشده	
توصیه های پزشکی: ذکر نشده	

مشکلات مشاهده شده: ذکر نشده

کد بیماری شغلی: ذکر نشده