


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



دانشگاه علوم پزشکی قم

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

کد ملی: ۰۴۴۱۳۶۵۷۶۶

وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده

رسته خدمت: ذکر نشده

معافیت پزشکی: ☒

علت معافیت پزشکی: ذکر نشده

نام واحد کاری: ذکر نشده

نام کارفرما: ذکر نشده

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"/> نوبت کاری <input checked="" type="checkbox"/> استرسور های شغلی <input checked="" type="checkbox"/> سایر
	<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"/> گاز ها			
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"/> نوبت کاری <input checked="" type="checkbox"/> استرسور های شغلی <input checked="" type="checkbox"/> سایر
	<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"/> گاز ها			

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؟		X	ذکر نشده
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟		X	ذکر نشده
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟		X	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	در صورت وجود هریک ازین موارد زیر در محل مربوط علامت زده و خصوصیات، شدت و مدت زمان نشانه یا علامت در بخش توضیحات درج شود
	sign	کاهش اشتها	تعیین بیش از حد
	توضیحات	عدم تحمل گرما و سرما	تعیین علامت
عمومی	Symptom	وضعیت ظاهری (toxic/ill)	تعیین علامت
	sign	تب	تعیین علامت
	توضیحات	مخاطبات رنگ پریده	تعیین علامت
چشم	Symptom	کاهش حد بینایی	تعیین علامت
	sign	ترس از نور	تعیین علامت
	توضیحات	رفلکس غیر طبیعی مردمک	تعیین علامت
پوست، مو و ناخن	Symptom	خارش پوست	تعیین علامت
	sign	پوسته ریزی	تعیین علامت
	توضیحات	ماکول	تعیین علامت
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom	کاهش شنوایی	تعیین علامت
	sign	گرفتگی صدا	تعیین علامت
	توضیحات	خونریزی بینی	تعیین علامت
سر و گردن	Symptom	التهاب پرده تمان	تعیین علامت
	sign	اگزودای حلق	تعیین علامت
	توضیحات	lead line	تعیین علامت
ریه	Symptom	سرفه	تعیین علامت
	sign	وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه	تعیین علامت
	توضیحات	کراکل	تعیین علامت
قلب و عروق	Symptom	درد قفسه سینه	تعیین علامت
	sign	سیانوز	تعیین علامت
	توضیحات	تشنج قلب	تعیین علامت
شکم و لگن	Symptom	یبوست	تعیین علامت
	sign	تندرین شکمی	تعیین علامت
	توضیحات	توده شکمی	تعیین علامت
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	سوزش درار	تعیین علامت
	sign	احساس سنگینی یا توده در بیضه	تعیین علامت
	توضیحات	تندرستی CVA	تعیین علامت
اسکلتی و عضلانی	Symptom	خشکی مفصل	تعیین علامت
	sign	محدودیت حرکتی مفصل	تعیین علامت
	توضیحات	اسکولیوز	تعیین علامت
سیستم عصبی	Symptom	سردرد	تعیین علامت
	sign	رفلکس زانوی غیر طبیعی	تعیین علامت
	توضیحات	اختلال حسی اندام ها	تعیین علامت
اعصاب و روان	Symptom	عصبانیت بیش از حد	تعیین علامت
	sign	کاهش انگیزه	تعیین علامت
	توضیحات	هذیان	تعیین علامت
سایر موارد:		ذکر نشده	ذکر نشده

تاریخ: ذکر نشده

ذکر نشده: CBC;WBC; RBC: ذکر نشده; Hb: ذکر نشده; HTC: ذکر نشده; Plt: ذکر نشده; Bact: ذکر نشده; WBC: ذکر نشده; RBC: ذکر نشده; Glu: ذکر نشده; U/A:Prot: ذکر نشده; TSH: ذکر نشده; D۳: ذکر نشده; TG: ذکر نشده; HDL: ذکر نشده; LDL: ذکر نشده; Total Chol: ذکر نشده; FBS: 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

تاریخ انجام: ذکر نشده	CXR(P-A) یافته های
	تاریخ انجام: ذکر نشده
تاریخ انجام: ذکر نشده	ECG یافته های
	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

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



۱- مشخصات فردی شاغل

نام و نام خانوادگی: پارسا

نام پدر: رضا

جنسیت: مرد

وضعیت تاهل: مجرد

تعداد فرزندان: ذکر نشده

سال تولد: ۱۶

کد ملی: ۰۴۵۱۳۶۵۷۵۵

وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده

رسته خدمت: ذکر نشده

معافیت پزشکی: ☒

علت معافیت پزشکی: ذکر نشده

نام واحد کاری: ذکر نشده

نام کارفرما: ذکر نشده

آدرس و تلفن محل کار: ذکر نشده

۲- سوابق شغلی

عنوان/سمت	وظیفه محوله	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
		از	تا	
مشاغل فعلی	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"/> نوبت کاری <input checked="" type="checkbox"/> استرسور های شغلی <input checked="" type="checkbox"/> سایر
	<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"/> گاز ها			
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"/> نوبت کاری <input checked="" type="checkbox"/> استرسور های شغلی <input checked="" type="checkbox"/> سایر
	<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"/> گاز ها			

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؟		X	ذکر نشده
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟		X	ذکر نشده
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟		X	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 عدم تحمل گرما و سرما وضعیت ظاهری (toxic/ill)	کاهش اشتها تب مخاطبات رنگ پریده
	sign		
	توضیحات	ذکر نشده	
عمومی	Symptom	کاهش حد بینایی ترس از نور	تاری دید اشک ریزش
	sign	رفلکس غیر طبیعی مردمک غیره.....	خستگی چشم اسکلرای ایکتریک
	توضیحات	ذکر نشده	
چشم	Symptom	خارش پوست پوسته ریزی	ریزش مو تغییر رنگ ناخن
	sign	ماکول کلابینگ تغییرات پیکمانی	ندول ریزش منطقه ای مو غیره.....
	توضیحات	ذکر نشده	
پوست، مو و ناخن	Symptom	کاهش شنوایی گرفتگی صدا خونریزی بینی	وزوز گوش گلودرد غیره.....
	sign	التهاب پرده تیمان آگزودای حلق lead line	پارگی پرده تیمان قرمزی حلق بوی بد دهان غیره.....
	توضیحات	ذکر نشده	
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom	درد گردن بزرگی تیروئید	توده گردنی لنفادنوپاتی گردنی
	sign		
	توضیحات	ذکر نشده	
سر و گردن	Symptom	سرفه غیره.....	خلط تنگی نفس کوشش
	sign	وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه کراکل	خشونت صدا کاهش صداهای ریوی غیره.....
	توضیحات	ذکر نشده	
ریه	Symptom	درد قفسه سینه سیانوز	تپش قلب سابقه سنکوپ
	sign	S1S2 غیر طبیعی واریس اندام فوقانی	صدای اضافه قلب ادم اندام
	توضیحات	ذکر نشده	
قلب و عروق	Symptom	بی اشتها اسهال	تهوع یبوست غیره.....
	sign	تندرنس شکمی توده شکمی	ریباند تندرنس دیستانسیون شکمی
	توضیحات	ذکر نشده	
شکم و لگن	Symptom	سوزش دراز احساس سنگینی یا توده در بیضه	تکرر ادرار واریکوسل
	sign	تندرنستی CVA	
	توضیحات	ذکر نشده	
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	خشکی مفصل غیره.....	درد زانو کمر درد
	sign	محدودیت حرکتی مفصل اسکولیوز	کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی امپوتاسیون
	توضیحات	ذکر نشده	
اسکلتی و عضلانی	Symptom	سردرد گزگز و مور مور انگشتان دست	لرزش غیره.....
	sign	رفلکس زانوی غیر طبیعی اختلال حسی اندام ها	رفلکس آشیل غیر طبیعی تست تینل مثبت
	توضیحات	ذکر نشده	
سیستم عصبی	Symptom	عصبانیت پیش از حد کاهش انگیزه	پر خاشگری غیره.....
	sign	هذیان	توهم
	توضیحات	ذکر نشده	
اعصاب و روان	Symptom	سوزش سر دل اختلال در بلع	درد شکم خون روشن در مدفوع بدون علامت
	sign	تندرنس شکمی توده شکمی	اسپلنومگالی غیره.....
	توضیحات	ذکر نشده	
سایر موارد:	Symptom	درد پهلوی احساس سنگینی یا توده در بیضه	درد پهلوی احساس سنگینی یا توده در بیضه
	sign	تندرنستی CVA	واریکوسل
	توضیحات	ذکر نشده	
سایر موارد:	Symptom	خشکی مفصل غیره.....	درد زانو کمر درد
	sign	محدودیت حرکتی مفصل اسکولیوز	کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی امپوتاسیون
	توضیحات	ذکر نشده	
سایر موارد:	Symptom	سردرد گزگز و مور مور انگشتان دست	لرزش غیره.....
	sign	رفلکس زانوی غیر طبیعی اختلال حسی اندام ها	رفلکس آشیل غیر طبیعی تست تینل مثبت
	توضیحات	ذکر نشده	
سایر موارد:	Symptom	عصبانیت پیش از حد کاهش انگیزه	پر خاشگری غیره.....
	sign	هذیان	توهم
	توضیحات	ذکر نشده	

تاریخ: ذکر نشده

ذکر نشده: CBC; WBC: RBC: ذکر نشده: Hb: ذکر نشده: HTC: ذکر نشده: Plt: ذکر نشده: Bact: ذکر نشده: WBC: ذکر نشده: RBC: ذکر نشده: Glu: ذکر نشده: U/A: Prot: 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-پارا کلینیک:

الف-پتومتری

تاریخ	حدت بینایی				دید رنگی	میدان بینایی
	L		R			
	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