ذکر نشده	نوع معاينات	
ذکر نشده	تاريخ	
ذکر نشده	شماره پرونده	
ذکر نشده	شماره استخدامي شاغل	

محل الصاق عكس



۱-مشخصات فردی شاغل

نام و نام خانوادگی: second نام پدر: ذکر نشده جنسیت: مرد

وضعیت تاهل: مجرد تعداد فرزندان: ذکر نشده سال تولد: ذکر نشده کد ملی: ذکر نشده

وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده رسته خدمت: ذکر نشده معافیت پزشکی 🗙

علت معافیت پزشکی: ذکر نشده نام کارفرما: ذکر نشده نام کارفرما: ذکر نشده

آدرس و تلفن محل کار: ذکر نشده

					۲-سوابق شغلی
1: 4 : - 1-	تاريخ اشتغال		وظيفه محوله	عنوان/سمت	
علت تغيير شغل	ז	از	ugen ugby	عنوان اسمت	1: 1:14
ذکر نشده	•/•/•	•/•/•	ذکر نشده	ذكر نشده	مشاغل فعلى
ذكر نشده	ذكر نشده	ذكر نشده	ذکر نشده	ذكر نشده	
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذكر نشده	12 1214
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	مشاغل قبلی

#### ۳-ارزیابی عوامل زیان آور شغلی: ار گونومی روانی بيولوژيک شیمیایی فيزيكي X گرد و غبار X سر و صدا X ایستادن یا نشستن طولانی مدت Xگزش X دمه فلزات X ارتعاش X کار تکراری Xباکتری X نوبت کاری X حلال 🗙 اشعه غير يونيزان استرسور های شغلی مشاغل فعلى X حمل و نقل بار سنگین Xويروس X آفت کشها X اشعه یونیزان 🗙 وضعیت نامناسب بدن X انگل X اسید و بازها X استرس حرارتی Xساير X ساير 🗙 گاز ها Xساير X گرد و غبار X سر و صدا X ایستادن یا نشستن طولانی مدت X گزش X دمه فلزات X ارتعاش X کار تکراری 🗙 نوبت کاری X باکتری X حلال X اشعه غیر یونیزان X استرسور های شغلی X حمل و نقل بار سنگین مشاغل قبلي 🗙 ويروس X آفت کشها X اشعه یونیزان Xساير X وضعیت نامناسب بدن X انگل X اسید و بازها X استرس حرارتی X ساير Xساير 🗙 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

ناریخ:ذکر نشده مهر و امضا:

# نام و نام خانوادگی:

			فصی,خانوادگی و پزشکی:(بر اساس پاسخ شاغل تکمیل شود)	۴-سابقه شخ
توضيحات	خير	بلی	سوال	رديف
ذکر نشده	X		آیا سابقه بیماری دارید؟ذکر نمایید.	١
ذکر نشده	×		در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در محیط کار تغییر می کند؟	۲
ذكر نشده	×		در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟	٣
ذکر نشده	×		در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شما در زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟	۴
ذکر نشده	×		آیا به غذا,دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟	۵
ذكر نشده	×		آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟به چه دلیل؟	۶
ذكر نشده	X		آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ذکر نمایید	Y
ذکر نشده	X		آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ذکر نمایید	٨
ذکر نشده	X		آیا دارو خاصی مصرف می کنید؟ذکر کنید.	٩
تعداد نخ روزانه: ذکر نشده مدت استعمال: ذکر نشده	X		آیا اکنون سیگار می کشید؟	1.
تعداد نخ روزانه: ذكر نشده مدت استعمال: ذكر نشده	X		آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟	11
ذكر نشده	×		آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ذکر کنید.	۱۲
نوع آسیب: ذکر نشده علت: ذکر نشده	X		آیا تا کنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟	
ذکر نشده	×		آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از ۳ روز دارید؟	14
ذکر نشده	X		آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟	۱۵
ذکر نشده	X		آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟	18

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

۵–معاینات:

None:(mmHg) وزن None:(kg) فشار خون None/None/None فشار خون None:(cm) تاريخ: None:(cm) تعداد نبض(در دقيقه)

قیقه):None	تعداد نبض(در د		قد(Cm)،None				
				ه وجود هریک ازین موارد زیردر م	در صورت	بررسی ارگان ها	
تعریق بیش از حد X بدون علامت X	اختلال در خواب X غیره	خستگی مزمن 🗙	کاهش اشتها 🗙 تب 🗙	کاهش وزن 🗙 عدم تحمل گرما و سرما 🗙	Symptom		
بدون نشانه 🗙	غير ه 🗙	×	مخاطات رنگ برید	وضعیت ظاهری(toxic/ill) 🗙	sign	عمومي	
		ذکر نشده			توضيحات		
<b>V</b>	دوبینی 🗙	V	V In	V 1			
سوزش چشم 🗡 بدون علامت 🗙	دوبینی 🗙 غیره 🗙	خستکی چشم 🔨	تاری دید 🗡 اشک ریزش 🗙	کاهش حد بینایی ス ترس از نور X رفلکس غیر طبیعی مردمک X	Symptom	1	
نيستاگموس 🗙 🗙	کلرای ایکتریک X بدون نشانه ک		قرمزی چشم X X	رفلکس غیر طبیعی مردمک X غیره	sign	چشم	
		ذکر نشده			توضيحات	-	
زخم مزمن 🗙 بدون علامت 🗙	تغییر رنگ پوست X غیرہ X	قرمزی پوست X X	ریزش مو X تغییر رنگ ناخن ،	خارش پوست X پوسته ریزی X	Symptom		
نشب محناليمم X	غيره × كول × زخم × ر ريز	بردش منطقه ای مم ک		X	sign	پوست,مو و ناخن	
	:	ذکر نشده		3 4 74	توضيحات		
					وطيعات		
خارش و سوزش بینی X مزه فلزی در دهان X	V I Start	سرگیجه واقعی X آبریزش بینی X خشکی دهان X	وزوز کوش 🗙 گلودرد 🗙 🗙	کاهش شنوایی × گرفتگی صدا × خونریزی بینی × غیر د	Symptom		
ترشح پشت حلق X	) غیر طبیعی سرومن X	X افزایش				گوش,حلق,بینی و دهان	
تندرنس سينوس ها 🗙	پولیپ بینی 🗙 التهاب لثه 🗙		قرمزی حلق 🗙	× اگزودای حلق X lead line	sign	J 3 7 G 2./O 7 /O 7	
پرفوراسيون/زخم سپتوم X	التهاب لثه 🗙	:					
X	بدون نشانه		×	غيره			
		ذکر نشده			توضيحات		
بدون علامت 🗙	غيره 🗙		توده گردنی 🗙	درد گردن 🗙	Symptom		
بدون علامت 🗙	غيره 🗙	×	لنفادنوپاتی گردنی	بزرگی تیروئید 🗙	sign	سر و گردن	
		ذکر نشده			توضيحات		
	گی نفس کوشش 🗙 بدون علامت	Kii	خلط X X	سرفه 🗙 غيد ه	Symptom		
ویزین <i>گ</i> 🗙	× ×	خشونت صدا X اهش صداهای ریوی آ	، سینه X	وضعيت ظاهرى غير طبيعى قفسه	sign	ريه	
		ذكر نشده			توضيحات		
لی نفس دروضعیت خوابیده X			تپش قلب X	درد قفسه سینه 🗙	Symptom		
× بدون علامت واریس اندام تحتانی ×	غیرہ × آریتمی ×	×	سابقه سنکوپ 🗡 صدای اضافه قلب	سیانوز X SIS۲غیر طبیعی X	sign	قلب و عروق	
بدون نشانه 🗙	غيره 🗙		ادم اندام 🗙	واریس اندام فوقانی 🗙	sign	<b>3</b> )	
		ذکر نشده			توضيحات		
اختلال در بلع 🗙	درد شکم 🗙 خون روشن در مدفوع 🗙 بدون علامت	استفراغ 🗙 مدفوع قیری 🗙	تهوع X يبوست X X	اسهال 🗙	Symptom		
∑سیت × بدون نشانه ×	اسپلنومگالی 🗙 غیرہ 🗙	هپاتومگالی 🗙 🗙	یباند تندرنس 🗙 دیستانسیون شکمی	تندرنس شکمی 🗙 ر توده شکمی 🗙	sign	شکم و لگن	
		ذکر نشده			توضيحات		
درد پهلو 🗙 دون علامت 🗙	ادرار خونی 🗙	غيره 🗙	تکرر ادرار X نه X	سوزش درار X احساس سنگینی یا توده در بیه	Symptom		
یدون نشانه X	ب غیرہ ×		واريكوسل 🗙	تندرستى CVA X	sign	کلیه و مجاری ادراری,تناسلی	
		ذکر نشده			توضيحات		
درد سایر مفاصل X	درد شانه 🗙	درد زانو X	کمردرد X	خشکی مفصل 🗙	Symptom		
× عضلانی در اندام تحتانی ×	بدون علامت	رت عضلانی در اندام	X	غیره. محدودیت حرکتی مفصل ا			
نست Reverse-SLR			امپوتاسيون X ×	اسكوليوز 🗙	sign	اسکلتی و عضلانی	
^		ذکر نشده	×		توضيحات	-	
سابقه صرع/تشنج X دون علامت X	اختلال حافظه 🗙	لرزش X غيره	گيجى X X	سردرد X گز گز و مور مور انگشتان دس	Symptom	سیستم عصبی	
دون علامت ∧ ترمور X بدون نشانه X	ت رومبرگ مختل X		رفلكس آشيل غيرطبي	در در و مور مور اندستان دس رفلکس زانوی غیر طبیعی   اختلال حسی اندام ها   ت	sign		
بدون سانه 🔨	عيره 🔨	نست قالن متبت 🔨	سے نیس منبت 🔨	احتلال حسی اندام ها 🔨 س	توضيحات		
خلق پایین X	اضطراب X		X پرخاشگری	عصبانیت بیش از حد	Symptom		
دون علامت X		غيره 🗙		کاهش انگیزه 🗙		المصاب ميمان	
بدون نشانه 🗙	× غيره ×	ختلال اوریانتاسیون 🖊	توهم 🗙 ا	هذیان X	sign	<del></del>	
		ذکر نشده			توضيحات		
		ئر نشده	۲۵			ساير موارد:	
						i .	

# ۶–آزمایش ها(lab tests)؛

تاریخ:ذکر نشده

ذكر نشده ،Plt ذكر نشده ،HTC ذكر نشده ،tb ذكر نشده ،RBC ذكر نشده ،

ذكر نشده :Bact ذكر نشده :WBC ذكر نشده :RBC ذكر نشده :But ذكر نشده عند المادة :WBC

ذکر نشده :TSH ذکر نشده :D۳ ذکر نشده :TG ذکر نشده :TG ذکر نشده :HDL ذکر نشده :TG ذکر نشده :TSH دکر نشده :TSH د

S/E & OB; not\_normal PPD; not\_normal کر نشده ،ALK.Ph ذکر نشده ،ALT کن نشده ،ALT کن نشده ،Cr کر نشده ،Cr کر نشده ،ALT کن نشده ،AST کن نشده ،AST کر نشده ،ALT کن نشده ،AST کن نشده ،AST کن نشده ،AST کن نشده ،ALT کن نشده ،AST کن ن

### <u>آزمایش های تخصصی /واکسیناسیون:</u>

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

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

٣-نوع: ذكر نشده نتيجه: ذكر نشده تاريخ:ذكر نشده

#### ۷-پاراکلینیک:

#### الف–اپتومتری

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

ب–اودیومتری

### ذکر نشده

فر کانس	۵۰۰	1	۲۰۰۰	٣٠٠٠	۴۰۰۰	9	٨٠٠٠	تفسير
گوش راست	AC	ذکر نشده	تفسیر ذکر نشده ذکر نشده					
توس راست	BC	ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده	ذكر نشده	ذكر نشده	ذکر نشده	
	AC	ذکر نشده						
گوش راست	BC	ذكر نشده	ذکر نشده	د در نسده				

# ج –اسپیرومتری

تاريخ انجام:None/None/None				
(درصد/مقدار)FEV۱	FVC(درصد/مقدار)	%FEV\/FVC		
ذکر نشده	ذكر نشده	ذکر نشده		
FEF ۲۵-Υ۵٪	PEF	VEXT(Back Extrapolated Volume)		
ذکر نشده	ذکر نشده	ذکر نشده		
	I	تفسير:		
ذک نشده				

# د-سایر اقدامات پارکلینیک در صورت لزوم

یافته های (CXR(P-A	ذکر نشده
تاریخ انجام:None/None/None	
یافته های ECG	ذکر نشده
تاریخ انجام:None/None/None	

نتیجه رادیوگرافی,سونوگرافی,سی تی اسکن و سایر موارد:

ذکر نشده

٨-ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها:	
مشاوره یا ارجاع	نتيجه ارجاع
ذكر نشده	
علت ارجاع: ذکر نشده	ذکر نشده
نوع تخصص: ذكر نشده	
ذكر نشده	
علت ارجاع: ذکر نشده	ذکر نشده
نوع تخصص: ذكر نشده	

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

کد بیماری شغلی:ذکر نشده

مشكلات مشاهده شده:ذكر نشده