

«به نام خدا»

محل الصاق عکس	نوع معاینات	بدواستخدام ○ دوره‌ای نوبت..... ○ موردی
	تاریخ	
	شماره پرونده	
	شماره استخدامی شاغل	



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت - مرکز سلامت محیط و کار
پرونده پزشکی شاغل

1- مشخصات فردی شاغل:

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

2- سوابق شغلی:

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

3- ارزیابی عوامل زیان آور شغلی:

روانی	ارگونومی	بیولوژیک	شیمیایی	فیزیکی	
○ نوبت کاری ○ استرس‌های شغلی ○ سایر	○ ایستادن یا نشستن طولانی مدت ○ کار تکراری ○ حمل و نقل بار سنگین ○ وضعیت نامناسب بدن ○ سایر	○ گزش ○ باکتری ○ ویروس ○ انگل ○ سایر	○ گردوغبار ○ دمه فلزات ○ حلال ○ آفت کشها ○ اسید و بازها ○ گازها	○ سر و صدا ○ ارتعاش ○ اشعه غیر یونیزان ○ اشعه یونیزان ○ استرس حرارتی ○ سایر	مشاغل فعلی
○ نوبت کاری ○ استرس‌های شغلی ○ سایر	○ ایستادن یا نشستن طولانی مدت ○ کار تکراری ○ حمل و نقل بار سنگین ○ وضعیت نامناسب بدن ○ سایر	○ گزش ○ باکتری ○ ویروس ○ انگل ○ سایر	○ گردوغبار ○ دمه فلزات ○ حلال ○ آفت کشها ○ اسید و بازها ○ گازها	○ سر و صدا ○ ارتعاش ○ اشعه غیر یونیزان ○ اشعه یونیزان ○ استرس حرارتی ○ سایر	مشاغل قبلی

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

نظریه کارشناسی بهداشت حرفه ای در خصوص شرایط محیط کار:

مهر و امضاء :

تاریخ: / / 13

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای:

4- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (براساس پاسخ شاغل تکمیل شود).

ردیف	سؤال	بلی	خیر	توضیحات
1	آیا سابقه بیماری دارید؟ ذکر نمائید.			
2	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر محیط کار تغییر می کند؟			
3	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علایم مشابه در محل کار دارند؟			
4	در صورت ابتلا به بیماری آیا علایم شمادر زمان تعطیلات و مرخصی ها تغییر می کند؟			
5	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
6	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟			
7	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید.			
8	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمایید.			
9	آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ ذکر نمایید.			
10	آیا اکنون سیگار می کشید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
11	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟			تعداد نخ روزانه مدت استعمال سال
12	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید.			
13	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟			نوع آسیب علت.....
14	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از 3 روز دارید؟			
15	آیا منزل شمادر مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
16	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			

امضا و اثر انگشت شاغل مبنی بر تایید اظهارات فوق:

5- معاینات:

فشار خون (mmHg):

وزن (Kg):

تاریخ: 13 / /

تعداد نبض (در دقیقه):

قد (Cm):

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، بدون علامت، غیره
	Sign وضعیت ظاهری (ill/toxic)، مخاطات رنگ پریده، غیره بدون نشانه
	توضیحات
چشم	Symptom کاهش حد بینایی، تاری دید، خستگی چشم، دو بینی، سوزش چشم، خارش چشم، ترس از نور، اشک ریزش، بدون علامت، غیره
	Sign رفلکس غیر طبیعی مردمک، قرمزی چشم، اسکلرای ایکتریک، نیستاجموس، غیره بدون نشانه
	توضیحات
پوست، مو و ناخن	Symptom خارش پوست، ریزش مو، قرمزی پوست، تغییر رنگ پوست، زخم مزمن، پوسته ریزی، تغییر رنگ ناخن، بدون علامت، غیره
	Sign ماکول، پاپول، ندول، وزیکول، زخم، کهیر، کلابینگ، ریزش منطقه ای مو، ریزش جنرال مو، تغییرات پیگمانی (هایپو/هایپر پیگمانتاسیون)، غیره بدون نشانه
	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 بدون علامت
	Sign التهاب پرده تمپان، پارگی پرده تمپان، افزایش غیر طبیعی سرومن، ترشح پشت حلق، گزودای حلق، قرمزی حلق، پولیپ بینی، تندرئس سینوسها، Lead Line، بوی بد دهان، التهاب لثه، پرفوراسیون/زخم سیتوم، غیره بدون نشانه
	توضیحات
سر و گردن	Symptom درد گردن، توده گردنی، غیره بدون علامت
	Sign بزرگی تیروئید، لنفادنوپاتی گردنی، غیره بدون نشانه
	توضیحات

ریه	Symptom	سرفه ☐ خلط ☐ تنگی نفس کوششی ☐ خس خس سینه ☐ غیره..... ☐ بدون علامت ☐
	Sign	وضعیت ظاهری غیر طبیعی قفسه سینه ☐ خشونت صدا ☐ ویزینگ ☐ کراکل ☐ ناکی پنه ☐ کاهش صداهای ریوی ☐ غیره..... ☐ بدون نشانه ☐
	توضیحات	
قلب و عروق	Symptom	درد قفسه سینه ☐ تپش قلب ☐ تنگی نفس ناگهانی شبانه ☐ تنگی نفس در وضعیت خوابیده ☐ سیانوز ☐ سابقه سنکوپ ☐ غیره..... ☐ بدون علامت ☐
	Sign	S1S2 غیر طبیعی ☐ صدای اضافی قلب ☐ آریتمی ☐ واریس اندام تحتانی ☐ واریس اندام فوقانی ☐ ادم اندام ☐ غیره..... ☐ بدون نشانه ☐
	توضیحات	
شکم و لگن	Symptom	بی اشتها ☐ تهوع ☐ استفراغ ☐ درد شکم ☐ سوزش سر دل ☐ اسهال ☐ یبوست ☐ مدفوع قیری ☐ خون روشن در مدفوع ☐ اختلال در بلع ☐ غیره..... ☐ بدون علامت ☐
	Sign	تندرنس شکمی ☐ ریباند تندرنس ☐ هپاتو مگالی ☐ اسپلنو مگالی ☐ آسیت ☐ توده شکمی ☐ دیستانسیون شکمی ☐ غیره..... ☐ بدون نشانه ☐
	توضیحات	
کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	سوزش ادرار ☐ تکرر ادرار ☐ ادرار خونی ☐ درد پهلو ☐ احساس سنگینی یا توده در بیضه ☐ غیره..... ☐ بدون علامت ☐
	Sign	تندرنس CVA ☐ واریکوسل ☐ غیره..... ☐ بدون نشانه ☐
	توضیحات	
اسکلتی و عضلانی	Symptom	خشکی مفصل ☐ کمر درد ☐ درد زانو ☐ درد شانه ☐ درد سایر مفاصل ☐ غیره..... ☐ بدون علامت ☐
	Sign	محدودیت حرکتی مفصل ☐ کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی ☐ کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی ☐ اسکولیوز ☐ آمپوتاسیون ☐ تست SLR مثبت ☐ تست Reverse-SLR مثبت ☐ غیره..... ☐ بدون نشانه ☐
	توضیحات	
سیستم عصبی	Symptom	سر درد ☐ گیجی ☐ لرزش ☐ اختلال حافظه ☐ سابقه صرع/تشنج ☐ گزگز و مور مور انگشتان دست ☐ غیره..... ☐ بدون علامت ☐
	Sign	رفلکس زانوی غیر طبیعی ☐ رفلکس آشیل غیر طبیعی ☐ تست رومبرگ مختل ☐ ترمور ☐ اختلال حسی اندامها ☐ تست تینل مثبت ☐ تست فالن مثبت ☐ غیره..... ☐ بدون نشانه ☐
	توضیحات	
اعصاب و روان	Symptom	عصبانیت بیش از حد ☐ پرخاشگری ☐ اضطراب ☐ خلق پایین ☐ کاهش انگیزه ☐ غیره..... ☐ بدون علامت ☐
	Sign	هذیان ☐ توهم ☐ اختلال اوربانتاسیون ☐ غیره..... ☐ بدون نشانه ☐
	توضیحات	
سایر موارد :		
مشخصات پزشک معاینه کننده: تاریخ معاینه: 13 / / مهر و امضاء:		

6- آزمایش ها (lab tests):

تاریخ انجام: 13 / /

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

آزمایش های تخصصی/واکسیناسیون:

1- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

2- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

3- نوع: نتیجه: تاریخ انجام: 13 / /

7- پارا کلینیک:

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	
								/10	/10	/10	/10	13 / /
دید عمق												
ثابته آرک												

ب - اودیومتری

13 / /	فرکانس	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	SRT	SDS	تفسیر
گوش راست	AC										
	BC										
گوش چپ	AC										
	BC										

ج - اسپیرومتری

تاریخ انجام: 13 / /

FEV1(درصد/مقدار)	FVC(درصد/مقدار)	FEV1/FVC%
FEF ₂₅₋₇₅ %	PEF	VEXT (Back Extrapolated Volume)
تفسیر:		

د - سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته های (P-A)CXR	تاریخ انجام: 13 / /
یافته های ECG:	
تاریخ انجام: 13 / /	
نتیجه رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد:	

8- ثبت مشاوره ها و نتایج ارجاع ها:

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

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

9- نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی در خصوص کار شاغل:

الف - بلامانع
ب - مشروط ذکر شروط:
ج - عدم صلاحیت/تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر ذکر علت یا علل رد صلاحیت پزشکی:
توصیه های پزشکی لازم:
مشخصات پزشک متخصص طب کار/سلامت شغلی ارائه دهنده نظر نهایی:
کد معاینات سلامت شغلی: _____ تاریخ: 13 / / _____ مهر و امضاء: _____