

**KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO ( nr kolejny badania .....)**

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Rodzaj badania profilaktycznego      | Wstępne (W); Okresowe (O); Kontrolne (K)  |
| Pozostała działalność profilaktyczna | Monitoring stanu zdrowia (M); badanie celowane (C); czynne poradnictwo (D); inne (I)        |
| Objęty opieką                        | Pracownik (P); wykonujący pracę nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W) |

**I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami**

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |   |  |  |  |      |   |   |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|---|--|--|--|------|---|---|
| Nazwisko i imię   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |   |  |  |  |      |   |   |
| Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku – nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |   |  |  |  | Płeć | M | K |
| Adres zamieszkania  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Kod pocztowy   |  |  | - |  |  |  |      |   |   |
| Zawód wyuczony/<br>Zawód wykonywany   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |  |  |   |  |  |  |      |   |   |

**II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy / pobierania nauki**

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |   |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|---|--|--|--|--|--|
| Nazwa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |   |  |  |  |  |  |
| Adres |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Kod pocztowy |  |  | - |  |  |  |  |  |

Stanowisko pracy/ kierunek nauki/ kierunek studiów:

.....

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*               | Tak | Nie |
| Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy/ nauki | Tak | Nie |
| Wyniki pomiarów czynników szkodliwych                          | Tak | Nie |
| Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy/ nauki | Tak | Nie |

|                      |    |   |     |   |     |
|----------------------|----|---|-----|---|-----|
|                      | dd | - | m-c | - | rok |
| Data założenia karty |    | - |     | - |     |
| Data badania         |    | - |     | - |     |

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pracy/ odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich:

°.....

° zgodne z informacjami zawartymi w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

Dotychczasowe zatrudnienie/ dotychczasowa praktyczna nauka zawodu, studia lub studia doktoranckie:

| Nazwa i adres pracodawcy/<br>placówki dydaktycznej | Stanowisko<br>pracy/ nauki | Okres<br>zatrudnienia<br>/ nauki | Czynniki szkodliwe/uciążliwe | Okres<br>zatrudnienia /<br>nauki w<br>narażeniu |
|--|----------------------------|----------------------------------|------------------------------|---|
|  |                            |                                  |                              |   |
|  |                            |                                  |                              |   |
|  |                            |                                  |                              |   |
|  |                            |                                  |                              |   |

|  |     |     |        |   |
|--|-----|-----|--------|---|
| Czy w przebiegu pracy zawodowej:   | Tak | Nie |        |   |
| a) stwierdzono chorobę zawodową ?  |     |     | jaka?  | Numer z wykazu chorób zawodowych  |
| b) lekarz wnioskuje o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia ? |     |     | kiedy? | z jakiego powodu?   |
| c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?                                   |     |     | kiedy? | opis skutków zdrowotnych wypadku:   |
| d) przyznano świadczenie rentowe?  |     |     | kiedy? | z jakiego powodu? choroby zawodowej (Z), wypadku przy pracy (W), ogólnego stanu zdrowia (O) |
| e) orzeczono stopień niepełnosprawności?                                   |     |     | kiedy? | stopień, przyczyna, (symbol niepełnosprawności):  |

\*W razie braku skierowania od pracodawcy/placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane

## BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej): .....

.....

|   | Tak   | Nie | Opis |
|---|---|-----|------|
| Urazy czaszki   |   |     |      |
| Urazy układu ruchu  |   |     |      |
| Omdlenia  |   |     |      |
| Padaczka  |   |     |      |
| Inne choroby układu nerwowego   |   |     |      |
| Choroby psychiczne  |   |     |      |
| Cukrzyca  |   |     |      |
| Choroby narządu słuchu/ choroby narządu głosu   |   |     |      |
| Choroby narządu wzroku  |   |     |      |
| Choroby układu krwiotwórczego   |   |     |      |
| Choroby układu krążenia   |   |     |      |
| Choroby układu oddechowego  |   |     |      |
| Choroby układu pokarmowego  |   |     |      |
| Choroby układu moczowo-płciowego  |   |     |      |
| Choroby układu ruchu  |   |     |      |
| Choroby skóry/uczulenia   |   |     |      |
| Choroby zakaźne/pasożytnicze  |   |     |      |
| Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)                             | Data ostatniej miesiączki: ..... Zaburzenia cyklu TAK / NIE<br>Porody..... Poronienia ..... Leki hormonalne TAK / NIE |     |      |
| Wywiad rodzinny*  | alergia, astma , cukrzyca , choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory, inne (jakie?)                 |     |      |
| Inne problemy zdrowotne   |   |     |      |
| Palenie tytoniu : W przeszłości: TAK ile lat? /NIE Nie pali od lat. Obecnie: TAK / NIE ile sztuk? |   |     |      |
| Inne używki ( jakie ? )   |   |     |      |

|                                 |              |       |              |              |       |
|---------------------------------|--------------|-------|--------------|--------------|-------|
| Subiektywna ocena stanu zdrowia | Bardzo dobre | Dobre | Raczej dobre | Raczej słabe | Słabe |
|---------------------------------|--------------|-------|--------------|--------------|-------|

|  | Tak | Nie | Opis - uwagi |
|--|-----|-----|--------------|
| Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy? |     |     |              |
| Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?            |     |     |              |
| Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?                            |     |     |              |

**Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.**

.....  
(podpis osoby badanej)

.....  
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

\* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów

**BADANIE PRZEDMIOTOWE\***

|   |                     |                                |                             |                      |
|---|---------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Wzrost: ..... cm                            | Masa ciała: .....kg | BMI:                           | Tętno :..... / min          | RR ..... / .....mmHg |
| Wzrok: OP: ..... cc..... OL: ..... cc ..... |                     |                                | Orientacyjne pole widzenia: |                      |
| Rozpoznawanie barw: prawidłowe / zaburzone  |                     |                                | Zez : Tak /Nie              |                      |
| Słuch                                       | Szept: UP ..... m,  |                                | UL ..... m                  |                      |
| Układ równowagi                             | Romberg (.....)     | Oczopląs: (obecny/ nieobecny): |                             |                      |
|   | Norma               | Patolo -<br>gia                | Nie<br>badano               | Patologia (opis)     |
| Skóra                                       |                     |                                |                             |                      |
| Czaszka                                     |                     |                                |                             |                      |
| Węzły chłonne                               |                     |                                |                             |                      |
| Nos   |                     |                                |                             |                      |
| Jama ustno-gardłowa                         |                     |                                |                             |                      |
| Szyja                                       |                     |                                |                             |                      |
| Klatka piersiowa                            |                     |                                |                             |                      |
| Płuca                                       |                     |                                |                             |                      |
| Układ sercowo-naczyniowy                    |                     |                                |                             |                      |
| Jama brzuszna                               |                     |                                |                             |                      |
| Układ moczowo-płciowy                       |                     |                                |                             |                      |
| Układ ruchu                                 |                     |                                |                             |                      |
| Układ nerwowy                               |                     |                                |                             |                      |
| Stan psychiczny                             |                     |                                |                             |                      |

**BADANIA POMOCNICZE** wyniki w załączeniu

| Lp. | Rodzaj badania | Data skierowania | Data wykonania badania | Wyniki badania istotne dla rodzaju czynników narażenia |
|-----|----------------|------------------|------------------------|--|
|     |                |                  |                        |  |
|     |                |                  |                        |  |
|     |                |                  |                        |  |
|     |                |                  |                        |  |
|     |                |                  |                        |  |

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE** wyniki w załączeniu

| Lp. | Skierowanie do specjalisty: | Data skierowania | Data konsultacji | Wyniki konsultacji |
|-----|-----------------------------|------------------|------------------|--------------------|
|     |                             |                  |                  |                    |
|     |                             |                  |                  |                    |
|     |                             |                  |                  |                    |

**Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne:** Nie  Tak

| Lp. | Rodzaj badania | Uzasadnienie: wynika z umowy, ze względu na stan zdrowia, inne (jakie) |
|-----|----------------|--|
|     |                |  |
|     |                |  |
|     |                |  |

**Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych:** Nie  Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

\* Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „V”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.

**Rozpoznanie:**

.....  
 .....

**Zalecenia:**

.....  
 .....

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej:

.....

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

.....

**WYDANO ORZECZENIE O:**

- braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku .....
- braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na stanowisku .....
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania nauki, studiów lub studiów doktoranckich
- utracie zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy
- przeciwwskazaniach zdrowotnych do wykonywania dotychczasowej pracy przez pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko uzasadniających:
  - przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
  - zmianę warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy lub skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy, a jeżeli to niemożliwe, zwolnienie jej na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy
- niezdolności badanego(ej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
  - szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
  - zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego
  - podejrzenie powstania choroby zawodowej
  - niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy
- potrzebie stosowania okularów korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego
- inne:

**UWAGI:**

.....

.....

|                         | dd | - | m-c | - | rok |
|-------------------------|----|---|-----|---|-----|
| Data wydania orzeczenia |    |   |     |   |     |
| Data następnego badania |    |   |     |   |     |

.....  
 (podpis i pieczęć lekarza)

- Badany (a)/ podmiot kierujący na badanie\* odwołuje się od treści orzeczenia lekarskiego do ..... w dniu .....
- Dokumentację medyczną wydano osobie badanej/przesłano do jednostki odwoławczej\* w dniu .....

\* Niepotrzebne skreślić