

**PACJENT WYPEŁNIA tylko rubryki gdzie wpisaliśmy przykładowe dane oraz oświadczenie o stanie zdrowia – jak na wzorze poniżej**

**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 jako                   | pracownik (P); praca nakładcza (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)     |  |

**I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniem**

|                    |             |   |   |   |   |   |   |   |                |   |   |                    |   |        |   |   |   |
|--------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------|---|---|--------------------|---|--------|---|---|---|
| Nazwisko i imię    | JAN NOWAK   |   |   |   |   |   |   |   | Data urodzenia | 2 | 2 | 1                  | 1 | 1      | 9 | 7 | 0 |
| PESEL              | 7           | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 3              | 4 | 5 | Płeć <sup>1)</sup> |   | K      | M |   |   |
| Adres zamieszkania | Ul. JASNA 3 |   |   |   |   |   |   |   | Warszawa       |   |   |                    |   | 00-900 |   |   |   |

Numer telefonu kontaktowego .....605 605 605.....

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

|       |                       |              |   |   |   |   |   |   |
|-------|-----------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa | PW „NOWAK” Sp. z o.o. |              |   |   |   |   |   |   |
| Adres | Ul. Nowa 17, Warszawa | Kod pocztowy | 0 | 0 | - | 9 | 0 | 0 |

Stanowisko pracy/kierunek nauki/kierunek studiów:

.....SPRZEDAWCA – nazwa stanowiska zgodna ze skierowaniem z zakładu pracy

|                                                               |     |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 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 | - | mc | - | 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/placówki dydaktycznej | Stanowisko pracy/nauki | Okres zatrudnienia/nauki | Czynniki szkodliwe/uciążliwe | Okres zatrudnienia/nauki w narażeniu |
|------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| PW NOWAK Sp. z o.o.                            | Sprzedawca             | 5 lat                    |                              |                                      |
| PLUS GSM                                       | Sprzedawca             | 3 lata                   |                              |                                      |
| MARKET Auchan                                  | Doradca klienta        | 5 miesięcy               |                              |                                      |
|                                                |                        |                          |                              |                                      |
|                                                |                        |                          |                              |                                      |

|                                                                            |     |     |        |
|----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------|
| Czy w przebiegu pracy zawodowej:                                           | Tak | Nie |        |
| a) stwierdzono chorobę zawodową?                                           |     | X   | jaka?  |
| b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia? |     | X   | kiedy? |
| c) Badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?                                   |     | X   | kiedy? |
| d) przyznano świadczenie rentowe?                                          |     | X   | kiedy? |
| e) orzeczono stopień niepełnosprawności                                    | X   |     | kiedy? |

**BADANIE PODMIOTOWE**

\*w razie braku skierowania od pracodawcy i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane  
1) zaznaczyć odpowiednie

Skargi badanego: ..... **jeżeli nie występują wpisujemy NIE MA lub jeżeli są jakieś dolegliwości - należy napisać jakie**.....

**TABELA – wypełniamy : ZAZNACZYĆ W TABELI KRZYŻYKIEM w RUBRYCE TAK lub NIE. Jeżeli zaznaczyliśmy TAK, w rubryce opis należy opisać jakie urazy, choroby występują**

**UWAGA: zaznaczone krzyżykami odpowiedzi są tylko przykładem.**

|                                                                                                              | TAK*                                                                                                 | NIE* | Opis-uwagi      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|
|                                                                                                              | *odpowiednią rubrykę zaznaczyć krzyżykiem                                                            |      |                 |
| Urazy czaszki                                                                                                |                                                                                                      | X    |                 |
| Urazy układu ruchu                                                                                           |                                                                                                      | X    |                 |
| Omdlenia                                                                                                     |                                                                                                      | X    |                 |
| Padaczka                                                                                                     |                                                                                                      | X    |                 |
| Inne choroby układu nerwowego                                                                                |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby psychiczne                                                                                           |                                                                                                      | X    |                 |
| Cukrzyca                                                                                                     | X                                                                                                    |      | Od 2011         |
| Choroby narządu słuchu                                                                                       |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby narządu wzroku                                                                                       |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby układu krwiotwórczego                                                                                |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby układu krążenia                                                                                      |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby układu oddechowego                                                                                   |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby układu pokarmowego                                                                                   |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby układu moczowego                                                                                     |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby układu ruchu                                                                                         |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby skóry/uczulenia                                                                                      |                                                                                                      | X    |                 |
| Choroby zakaźne/pasożytnicze                                                                                 |                                                                                                      | X    |                 |
| Wywiad rodzinny <sup>2)</sup> – czy w rodzinie wystąpiły wymienione choroby? – zaznaczyć występujące choroby | Alergia, astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie, nowotwory, inne (jakie?): |      |                 |
| Inne problemy zdrowotne                                                                                      |                                                                                                      | X    |                 |
| Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy?                                             | X                                                                                                    |      |                 |
| Czy badany(a) jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?                                              | X                                                                                                    |      | diabetologiczna |
| Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?                                                                        | X                                                                                                    |      | insulina        |

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

**.....PODPIS PACJENTA KONIECZNY!!!.....**

podpis osoby badanej

.....  
(podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe

2) w szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów

### BADANIE PRZEDMIOTOWE

|                                                         |                             |            |                               |                     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------|---------------------|
| Wzrost: <b>176</b>                                      | Masa ciała <b>85</b> 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*                      | Patologia* | Nie 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. | Rodzaj badania | Data skierowania | Data wykonania badania | Wyniki badania istotne dla rodzaju czynników narażenia |
|-----|----------------|------------------|------------------------|--------------------------------------------------------|
|     |                |                  |                        |                                                        |
|     |                |                  |                        |                                                        |
|     |                |                  |                        |                                                        |

**Zakres badań poszerzony poza wskazówki medyczne**   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 POZ:

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 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 na zdrowie 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 | - | mc | - | rok |
|-------------------------|----|---|----|---|-----|
| Data założenia karty    |    | - |    | - |     |
| Data badania następnego |    | - |    | - |     |

.....  
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