



سازمان بهداشت و درمان وزارت بهداشت

تاریخ:  
شماره:  
پیوست:

**فرم اعلام نتیجه معاینات سلامت کار پرسنل صنعت نفت**

به : مدیریت توسعه منابع انسانی

از : مرکز سلامت کار

نوع معاینه : بدو استخدام  دوره ای  بازگشت به کار  خروج از صنعت/بازنشستگی  موردی  ذکر علت .....  
 موضوع: خاتم/ آقای ..... فرزند ..... کد ملی ..... شماره پرسنلی .....  
 شغل فعلی/ پیشنهادی: ..... بازگشت به معرفی نامه شماره ..... مورخه .....  
 به آگاهی میرساند از نامبرده فوق در تاریخ ..... معاینات لازم بعمل آمد که نتیجه آن بقرار زیر است :

کار مناسب: در حال حاضر از نظر پزشکی شغل فعلی/ پیشنهادی برای ایشان مناسب است.

کار مشروط (محدودیت شغلی): نامبرده به مدت ..... مشروط به عدم انجام فعالیتها و پرهیز از عوامل و شرایط مشخص شده ذیل برای شغل اعلام شده مناسب است. لازم است پس از پایان مدت مذکور جهت معاینه مجدد به مرکز طب صنعتی مراجعه نماید.

عوامل فیزیکی	عوامل شیمیایی	عوامل روانی	عوامل ارگونومیک	سایر شرایط محیط کار
<input type="checkbox"/> استرس حرارتی	<input type="checkbox"/> گرد و غبار	<input type="checkbox"/> کار انفرادی	<input type="checkbox"/> بلند کردن یا حمل بار بیش از ..... کیلو	<input type="checkbox"/> نوبتکاری
<input type="checkbox"/> پرتوهای یونیزان	<input type="checkbox"/> حلال های آلی	<input type="checkbox"/> کار گروهی	<input type="checkbox"/> کشیدن و هل دادن بار بیش از ..... کیلو	<input type="checkbox"/> شبکاری
<input type="checkbox"/> پرتوهای فرابنفش	<input type="checkbox"/> دود و دمه فلزی	<input type="checkbox"/> کار با اریاب رجوع	<input type="checkbox"/> بالا و پایین رفتن از پلکان و نردبان به تعداد زیاد	<input type="checkbox"/> کار اقماری
<input type="checkbox"/> پرتوهای مادون قرمز	<input type="checkbox"/> گازهای محرک	<input type="checkbox"/> کار پراسترس	<input type="checkbox"/> ایستادن و راه رفتن به مدت طولانی	<input type="checkbox"/> کار در ارتفاع
<input type="checkbox"/> صدای بیش از حد مجاز	<input type="checkbox"/> تماس پوستی با .....	<input type="checkbox"/> کار پرمسئولیت	<input type="checkbox"/> دویدن و پریدن	<input type="checkbox"/> کار با دستگاه تیز و برنده / خطرناک/ دارای قطعات متحرک
<input type="checkbox"/> ارتعاش تمام بدن	<input type="checkbox"/> مواد حساسیتزا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> خم و راست شدن مکرر ناحیه کمر	<input type="checkbox"/> کار با مواد منفجره/سوزاننده
<input type="checkbox"/> ارتعاش دست و بازو	<input type="checkbox"/> اسیدها و بازها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زانو زدن یا چمباتمه زدن	<input type="checkbox"/> رانندگی وسایط نقلیه سبک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کار در سطحی بالاتر از شانه	<input type="checkbox"/> رانندگی وسایط نقلیه سنگین
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کار مستلزم نگهداشتن گردن در وضعیت خمیده به جلو یا عقب به مدت طولانی	<input type="checkbox"/> رانندگی با جرثقیلها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کار در محیط با فشار بالا/ پایین	<input type="checkbox"/> کار در مشاغل نیازمند دید کامل رنگها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کار با کیبورد به مدت طولانی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

کار نامناسب: در حال حاضر کار فعلی/پیشنهادی برای نامبرده مناسب نمی باشد. لازم است با پیشنهاد کار جدیدی که مستلزم انجام فعالیتها و تماس با عوامل و شرایط مشخص شده در جدول فوق نباشد به طب صنعتی معرفی گردد. ذکر علل رد صلاحیت پزشکی :

عدم صدور نظریه بدلیل عدم پیگیری مراجعه کننده جهت تکمیل فرایند معاینات

خروج از صنعت/بازنشستگی: لازم است جهت پیگیری سلامت خود توصیه های ذیل را مد نظر قرار دهند

لازم است نامبرده در حین کار از وسایل زیر استفاده نموده یا موارد ذیل را رعایت نماید:

عینک طبی  سمعک  گوشنی محافظ  عینک ایمنی  ماسک تنفسی  هر ..... ساعت کار ..... دقیقه استراحت کند

توصیه ها:	توصیه ها:
تاریخ و مهر و امضاء پزشک طب کار	تاریخ و مهر و امضاء متخصص طب کار/ رئیس طب صنعتی

تاریخ مراجعه بعدی جهت پایش سلامت ..... تاریخ مراجعه بعدی جهت معاینه سلامت کار .....

## لیست صفت پرسونا ۲

الف- علائم و نشانه‌های بالینی مشاهده شده مرتبط با کار در اندامها و ارگانهای شاغل (منتسب به شغل و مواجهه‌های شغلی مشخص شده) در بخش توصیه‌ها ذکر گردد.

ب- بر اساس عوامل زیان‌آور مشخص شده در فرم معاینات، نتایج آزمایشات مرتبط با هر عامل زیان‌آور که فرد یا آن مواجه بوده را به پیوست فرم معاینات اعلام نماید.

ج- چنانچه پس از اعلام نتایج معاینات شغلی به HSE شرکت، بهداشت حرفه‌ای به اطلاعات بیشتری از پرونده پزشکی نیاز داشت، امکان دسترسی وی به پرونده پزشکی شاغل از سوی سازمان فراهم گردد.

د- موارد مشکوک به بیماری شغلی در بخش توصیه فرم معاینات از سوی طب صنعتی سازمان درج شود.