

Karta medycyny pracy

Dane osobowe podane w formularzu będą przetwarzane zgodnie z [polityką prywatności](#) Centrum Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o..

Karta badania profilaktycznego

Rodzaj badania profilaktycznego*

☐ Wstępne ☒ Okresowe ☐ Kontrolne

Pozostała działalność profilaktyczna*

☐ Monitoring stanu zdrowia ☐ Badania celowane ☐ Czynne poradnictwo ☒ Inne

Objęty opieką*

☒ Pracownik ☐ Wykonujący pracę nakładczą ☐ Pobierający naukę ☐ Na własny wniosek

Imię*

WPISAĆ IMIĘ

Nazwisko*

WPISAĆ NAZWISKO

Numer telefonu*

WPISAĆ NUMER TELEFONU

Płeć*

☒ Mężczyzna ☐ Kobieta

Identyfikator*

WPISAĆ NUMER PESEL

Numer PESEL o ile został nadany, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia.

Ulica*

WPISAĆ ADRES ZAMIESZAKANIA

Numer domu*

WPISAĆ NUMER DOMU

Kod pocztowy*

WPISAĆ KOD POCZTOWY

Miasto*

WPISAĆ MIASTO ZAMIESZKANIA

Województwo*

Pomorskie



Kraj*

Polska

Zawód wykonywany bądź wyuczony

WPISAĆ ZAWÓD WYKONYWANY

Dane identyfikacyjne miejsca pracy lub pobierania nauki

Nazwa*

WPISAĆ NAZWĘ MIEJSCA PRACY

Adres*

WPISAĆ ADRES MIEJSCA PRACY

Kod pocztowy*

WPISAĆ KOD POCZTOWY MIEJSCA PRACY

Skierowanie od pracodawcy lub placówki dydaktycznej*

☒ Tak ☐ Nie

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

Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy / nauki*

☒ Tak ☐ Nie

Wyniki pomiarów czynników szkodliwych*

☐ Tak ☒ Nie

Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy lub nauki*

☒ Tak ☐ Nie

Dotychczasowe zatrudnienie, dotychczasowa praktyczna nauka zawodu lub studia doktoranckie.

Nazwa i adres pracodawcy lub placówki dydaktycznej.	Stanowisko pracy lub nauki.	Okres zatrudnienia lub nauki.	Czynniki szkodliwe lub uciążliwe.	Okres zatrudnienia lub nauki w narażeniu.
WPISAĆ NAZWĘ	wpisać	wpisać	wpisać	wpisać
I ADRES	wpisać	wpisać	wpisać	wpisać
dotychczasowego	wpisać	wpisać	wpisać	wpisać
zatrudnienia	wpisać	wpisać	wpisać	wpisać

Czy w przebiegu pracy zawodowej stwierdzono chorobę zawodową?*

☒ Tak ☐ Nie

Jaką?

WPISAĆ JEŚLI DOTYCZY

Nr z wykazu chorób zawodowych

Nr z wykazu chorób zawodowych

Czy w przebiegu pracy zawodowej lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?*

☒ Tak ☐ Nie

Kiedy?

WPISAĆ JEŚLI DOTYCZY

Z jakiego powodu?

Z jakiego powodu?

Czy w przebiegu pracy zawodowej badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?*

☒ Tak ☐ Nie

Kiedy?

WPISAĆ JEŚLI DOTYCZY

Opis skutków zdrowotnych wypadku

Opis skutków zdrowotnych wypadku

Czy w przebiegu pracy zawodowej przyznano świadczenie rentowe?*

☒ Tak ☐ Nie

Kiedy?

WPISAĆ JEŚLI DOTYCZY

Z jakiego powodu?

☒ Ogólnego stanu zdrowia ☐ Choroby zawodowej ☐ Wypadku w pracy

Czy w przebiegu pracy zawodowej orzeczono stopień niepełnosprawności?*

☒ Tak ☐ Nie

Kiedy?

WPISAĆ JEŚLI DOTYCZY

Stopień niepełnosprawności

Stopień niepełnosprawności

Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności).

Imię i nazwisko osoby badanej: **Wizyty Blokada**

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej): WPISAC AKTUALNE SKARGI NA ZDROWIE LUB "BRAK" W PRZYPADKU NIEWYSTĘPOWANIA.

	Tak/Nie	Opis
Urazy czaszki	Tak	URAZY GŁOWY W PRZESZŁOŚCI WRAZ Z EWENTUALNYMI NASTĘPSTAWAMI: UTRATA PRZYTOMNOŚCI, ROZCIĘCIE SKÓRY GŁOWY, PADACZKA.
Urazy układu ruchu	Tak	PODAJEMY ZŁAMANIA KOŃCZYN I KRĘGOSŁUPA, TAKŻE W DZIECIŃSTWIE, ZERWANIA WIĘZADEŁ, SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA STAWÓW.
Omdlenia	Tak	PODAĆ W JAKIEJ SYTUACJI WYSTĄPIŁA KRÓTKOTRWAŁA UTRATA PRZYTOMNOŚCI, ILE BYŁO TAKICH EPIZODÓW W ŻYCIU, EWENTUALNE NASTĘPSTWA.
Padaczka	Tak	CZY WYSTĘPUJE? JEŚLI TAK- KIEDY ROZPOZNANA, JAK CZĘSTO NAPADY, KIEDY OSTATNI NAPAD, LECZENIE.
Inne choroby układu nerwowego	Tak	PRZYKŁADY: MIGRENA, ZAPALENIA, PORAŻENIA NERWÓW, RWA KULSZOWA, STAWRDNIENIE ROZSIANE, NEUROPATIA, ZESPÓŁ CIEŚNI NADGARSTKA.
Choroby psychiczne	Tak	DEPRESJA, NERWICA, SCHIZOFRENIA, ZABURZENIA OSOBOWOŚCI, ADHD, LECZENIE U PSYCHIATRY/PSYCHOLOGA AKTUALNIE LUB W PRZESZŁOŚCI.
Cukrzyca	Tak	KTÓREGO TYPU, KIEDY ROZPOZNANA, METODA LECZENIA (TABLETKI, INSULINA, POMPA), SYSTEM CIĄGŁEGO MONITOROWANIA GLIKEMII (CGM).
Choroby narządu słuchu/choroby narządu głosu	Tak	NEDOSŁUCH, APARAT SŁUCHOWY, CHRYPKA, BEZGŁOS.
Choroby narządu wzroku	Tak	WADA WZROKU: KRÓTKOWZROCZNOŚĆ, NADWZROCZNOŚĆ, ASTYGMATYZM, JASKRA, ZAĆMA, OPERACJE OCZU, KOREKCJA OKULAROWA/SOCZEWKOWA NA STAŁE/OKRESOWO/DO BLIŻY/DO DALI.
Choroby układu krwiotwórczego	Tak	BIAŁACZKI, CHŁONIAKI, SZPICZAK, ANEMIA Z NIEDOBORU ŻELAZA/KWASU FOLIOWEGO/WITAMINY B12, MAŁOPŁYTKOWOŚĆ.
Choroby układu krążenia	Tak	NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, WADY SERCA, ARYTMIE, CHOROBA WIEŃCOWA, NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, ŻYLAKI KOŃCZYN.
Choroby układu oddechowego	Tak	ASTMA OSKRZELOWA, POCHP, ROZEDMA, SARKOIDOZA, PYLICA.
Choroby układu pokarmowego	Tak	NADŻERKI I WRZODY ŻOŁĄDKA/DWUNASTNICY, REFLUKS, ZAPALENIE TRZUSTKI, KAMICA ŻÓŁCIOWA, STŁUSZCZENIE WĄTROBY, UCHYŁKI/POLIPY JELITA GRUBEGO.
Choroby układu moczowo-płciowego	Tak	KAMICA MOCZOWA, PRZEROST PROSTATY, MIĘŚNIAKI I POLIPY MACICY, TORBIELE JAJNIKA, ENDOMETRIOZA, PCOS, NOWOTWORY.
Choroby układu ruchu	Tak	ZWYRODNIENIA STAWÓW (KOLANA, BIODRA), DYSKOPATIE KRĘGOSŁUPA, INNE.
Choroby skóry/uczulenia	Tak	PODAĆ CHOROBY SKÓRY- PRZYKŁADY: ŁUSZCZYCA, TRĄDZIK, ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY, ZNAMIONA BARWNIKOWE, USUWANIE ZNAMION, PODAĆ UCZULENIA NA PYŁKI, LEKI, SZCZEPIONKI, INNE SUBSTANCJE.
Choroby zakaźne/pasożytnicze	Tak	PRZYKŁADY: HIV, WZW, COVID-19.CHOROBY ZAKAŹNE WIEKU DZIECIĘCEGO.SZCZEPIENIE

		PRZECIWKO WZW typu B -TAK/NIE.	
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)	Tak	PRZEBIEG MIESIĄCZKOWANIA, ILOŚĆ CIĄŻ I PORODÓW (CIĘCIE CESARSKIE, SIŁAMI NATURY), LEKI HORMONALNE.	
Wywiad rodzinny ¹	Tak	W SZCZEGÓLNOŚCI POD KĄTEM WYSTĘPOWANIA ALERGII (ASTMY), CUKRZYCY, CHOROBY PSYCHICZNEJ, CHOROBY SERCA, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO I NOWOTWORÓW U RODZICÓW, RODZEŃSTWA, DZIECI.	
Inne problemy zdrowotne	Tak	NOWOTWORY, CHOROBY TARCZYCY, HIPERCHOLESTEROLEMIA, NADCZYNNOŚĆ/NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY, GUZKI TARCZYCY, OTYŁOŚĆ, INSULINOOPORNOŚĆ.	
Palenie tytoniu	Tak	W przeszłości: 1 dziennie.	Obecnie: 1 dziennie.
Inne używki	Nie		

¹ zwłaszcza alergie (astma), cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory

Imię i nazwisko osoby badanej: **Wizyty Blokada**

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre
---------------------------------	---------------------

	Tak/Nie	Opis - uwagi
Czy badana(y) przebył(a) zabieg/i operacyjny/e? Jakiej? Kiedy?	Tak	OPERACJE W PRZESZŁOŚCI, TAKŻE W DZIECIŃSTWIE- PODAĆ ROK.
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	Tak	WPISAĆ
Czy badana(y) przyjmuje leki? Jakiej?	Tak	WPISAĆ

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

.....
Podpis badanego