

WZÓR

**KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO**

(numer kolejny badania .....)

Oznaczenie podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą  
przeprowadzającego badanie profilaktyczne

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**

Imię i nazwisko									
Identyfikator (numer PESEL, o ile został nadany, a w przypadku jego braku – nazwa, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i data urodzenia)									
Adres zamieszkania									
Zawód wyuczony / Zawód wykonywany									

płeć	
M/K	

kod pocztowy				-				
--------------	--	--	--	---	--	--	--	--

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

Nazwa								
Adres								

Stanowisko pracy / kierunek nauki / kierunek studiów: .....

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

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

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

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**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

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

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

### BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(-nej):  
.....  
.....

	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)			
Wywiad rodzinny*			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu:			W przeszłości: Obecnie:
Inne używki			

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

**Imię i nazwisko osoby badanej:** .....

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

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

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**BADANIE PRZEDMIOTOWE**

Wzrost		Masa ciała			Tętno		RR	
Wzrok	Oko prawe	Oko lewe	Rozpoznawanie barw	Zez: tak/nie		Orientacyjne pole widzenia		
Słuch		Szept:                    UP ..... m,                    UL ..... m						
Układ równowagi		Romberg (.....)		Oczopląs: (obecny/nieobecny):				
Odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „V”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem		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								

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**BADANIA POMOCNICZE**

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

**KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE**

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wyniki konsultacji

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne: Nie  Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych: Nie  Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

.....

Rozpoznanie: .....

Zalecenia: .....

Dane adresowe jednostki podstawowej opieki zdrowotnej: .....

Informacje dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**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(-nej) 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 lub szkieł kontaktowych korygujących wzrok podczas pracy przy obsłudze monitora ekranowego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 237<sup>15</sup> § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy**

**inne**

UWAGI: .....

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

.....  
(podpis i oznaczenie uprawnionego lekarza<sup>1)</sup>)

**Badany(-na) / 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.

Objaśnienie:

Należy podać następujące dane:

<sup>1)</sup> oznaczenie zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.