



KARTA OCENY NARAŻENIA ZAWODOWEGO W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM CHOROBY ZAWODOWEJ

Postępowanie przeprowadzone w dniu r. w związku ze zgłoszeniem podejrzenia choroby zawodowej:

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Data urodzenia
3. Numer ewidencyjny PESEL
4. Miejsce zamieszkania:
5. Aktualna sytuacja zawodowa:
pracownik / emeryt / rencista / bezrobotny *)
6. Aktualny zakład pracy:
Pełna nazwa:

Numer identyfikacyjny REGON:
Adres zakładu pracy:7. Postępowanie dotyczy choroby zawodowej:
pełna nazwa (wg wykazu chorób zawodowych):

Numer według wykazu chorób zawodowych:8. Kto zgłosił podejrzenie choroby zawodowej:
9. Wywiad zawodowy**)

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe)	Dane o narażeniu (wyniki pomiarów)

10. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej:
Pełna nazwa pracodawcy (zakładu pracy):

Adres zakładu pracy:
Numer identyfikacyjny REGON:11. Stanowisko pracy, wydział, oddział:
12. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności):
13. Czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:
nazwa czynnika (czynników):

wyniki pomiarów w okresie zatrudnienia pracownika oraz ich natężenie (największe i najmniejsze - z datą pomiarów lub najczęściej stwierdzone; jeżeli podejrzenie dotyczy choroby wywołanej czynnikami biologicznymi lub uczulającymi - należy podać dane, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 i 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach - Dz. U. Nr 132, poz. 1115):

.....
.....



14. Sposób wykonywania pracy ***)

a) rodzaj, zakres i stopień obciążenia czynnościami, które mogły powodować nadmierne obciążenie:
(uwzględnić odpowiednio: układ ruchu, obwodowy, układ nerwowy (pnie nerwów), narząd głosu - podać w formie opisu)

.....
.....
.....

b) chronometraż czynności powodujących nadmierne obciążenie określonego układu/narządu organizmu ludzkiego:

.....
.....

c) pozycja ciała podczas wykonywania ww. czynności:

.....
.....

d) czy stanowisko pracy było dostosowane pod względem ergonomicznym do wykonywania ww. czynności:

.....
.....

e) organizacja pracy (zmianowość, przerwy w pracy):

.....
.....

15. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:

.....
.....

16. Opis środków profilaktycznych podejmowanych w zakładzie pracy w związku z narażeniem zawodowym:

.....
.....

17. Czy w zakładzie pracy były przeprowadzane kontrole warunków pracy?

.....
kto przeprowadzał (PIP, PIS)? :
kiedy?
charakterystyka wydanych decyzji:

18. Czy pracownik miał wykonywane badania profilaktyczne w okresie zatrudnienia w narażeniu?

.....
a) kto wykonywał badania?

b) czy były orzekane przeciwwskazania do wykonywania pracy?

.....
.....

c) czy pracownik korzystał z urlopów dla poratowania zdrowia (kiedy, ile,razy?):

.....
.....

19. Czy pracownik wykonywał pracę w narażeniu na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej w innym miejscu pracy, niż przedstawione w pkt. 10? jeśli **tak**, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć charakterystykę z pkt. 10-18 na odrębnym formularzu)

Podsumowanie postępowania:

(czy zdaniem osoby przeprowadzającej postępowanie można uznać, że warunki pracy - narażenie zawodowe - stwarzały możliwość powstania choroby zawodowej).....

.....
.....

.....
czytelny podpis i pieczęć osoby
przeprowadzającej postępowanie

*) Niepotrzebne skreślić.

**) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

***) Wypełnić w przypadku, gdy podejrzenie dotyczy choroby wywołanej sposobem wykonywania pracy.