

**KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO**  
(numer 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 badaniami**

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

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

Nazwa					
Adres					kod pocztowy

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

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

Skierowanie od pracodawcy/placówki dydaktycznej*	TAK	NIE	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>dd</td> <td>-</td> <td>m-c</td> <td>-</td> <td>rok</td> </tr> <tr> <td>Data założenia karty</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Data badania</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		dd	-	m-c	-	rok	Data założenia karty						Data badania					
	dd	-		m-c	-	rok															
Data założenia karty																					
Data badania																					
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																			

Czynniki szkodliwe i uciążliwe dla zdrowia występujące w miejscu pracy/odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów lub studiów doktoranckich

- .....
- zgodne z informacjami w skierowaniu od jednostki kierującej na badania

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

<b>Czy w przebiegu pracy zawodowej:</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	
a) stwierdzono chorobę zawodową ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaką? ..... Nr z wykazu chorób zawodowych <input type="text"/>
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kiedy? ..... z jakiego powodu? .....
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kiedy? ..... opis skutków zdrowotnych wypadku: .....
d) przyznano świadczenie rentowe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kiedy? ..... z jakiego powodu? ..... choroby zawodowej(Z); wypadku w pracy(W); ogólnego stanu zdrowia(O)
e) orzeciono stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kiedy? ..... stopień, przyczyna(symbol niepełnosprawności) .....

\* 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: .....

### BADANIE PODMIOTOWE

Skargi Badanego(ej): .....

	Tak	Nie	Opis			
Urazy czaszki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Urazy układu ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Omdlenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Inne choroby układu nerwowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby narządu słuchu/choroby narządu głosu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby narządu wzroku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby układu krwiotwórczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby układu krążenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby układu oddechowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby układu ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby skóry/uczulenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Choroby zakaźne/pasożytnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wywiad ginekologiczno-położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wywiad rodzinny <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Inne problemy zdrowotne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Palenie tytoniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w przeszłości: <input type="checkbox"/>	obecnie: <input type="checkbox"/>		
Inne używki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

1) 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 <input type="checkbox"/>	Dobre <input type="checkbox"/>	Raczej dobre <input type="checkbox"/>	Raczej słabe <input type="checkbox"/>	Słabe <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....  
Podpis badanego

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

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

### BADANIE PRZEDMIOTOWE\*

Wzrost	Masa ciała	Tętno	RR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wzrost	Okno prawe	Okno lewe	Rozpoznawanie barw
Wzrost	Okno prawe	Okno lewe	Zez: Tak / Nie
Wzrost	Okno prawe	Okno lewe	Orientacyjne pole widzenia
Słuch	Szept	UP ..... m	UL ..... m
Układ równowagi	Rombertg ( )	Oczopląs:	Obecny / Nieobecny
	Norma	Patologia	Nie badano
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			