



جمهوری اسلامی ایران
وزارت صنعت، معدن و تجارت

دستورالعمل اجرایی معاینات شغلی

Instruction of occupational examinations

شماره: ۱۰۱۷

عنوان: دستورالعمل اجرایی معاینات شغلی	شماره دستورالعمل: ۱۰۱۷
واحد مسئول: دفتر امور بهداشت، ایمنی، محیط‌زیست و انرژی شماره تماس: ۸۱۷۷۴۰۶۷	واحد همکار: سازمان های تابعه و وابسته
تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۰۷/۱۴	تصویب کننده: رئیس شورای عالی (HSEE) پیوست: دارد
حوزه کاربرد: حوزه ستاد وزارت، سازمانهای تابعه و وابسته و بخش صنعت، معدن و تجارت	تاریخ تجدید نظر:
مدت اعتبار دستورالعمل: ۳ سال	

دستورالعمل

مقدمه :

سلامت از دو بعد جسمی و روانی تشکیل شده است. بر اساس الگوهای جهانی و بمنظور ارزیابی دقیق تر و مناسب تر سلامت کارکنان لازم است این ارزیابی در هر دو بخش سلامت جسم و سلامت روان بررسی شود. یکی از الزامات نظام مراقبت سلامت شغلی پیشگیری از بیماریهای شغلی است که بر اساس قوانین کشوری (ماده ۹۲ قانون کار) انجام آن بصورت حداقل سالی یکبار برای کلیه شاغلین تحت پوشش قانون کار الزامی می باشد. در این نظام مراقبتی با شناخت محیط کار، فرآیند کاری، خطرات و عوامل زیان آور ناشی از کار و تاثیر این عوامل بر سلامت شاغلین، معاینات دوره ای، تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماری ها انجام می شود. از این رو بر اساس بند ۱۰ برنامه جامع مدیریت HSEE وزارت، به منظور صیانت از سلامت افراد شاغل، دستورالعمل اجرایی معاینات سلامت شغلی جهت بهره برداری هر چه بیشتر در واحدهای صنعتی، معدنی و تجاری تحت پوشش وزارت تهیه و تدوین شده است.

تعاریف و اصطلاحات :

وزارت: وزارت صنعت، معدن و تجارت

دفتر امور HSEE: دفتر امور بهداشت، ایمنی، محیط‌زیست و انرژی وزارت

امور HSEE: تشکیلات مرتبط با امور بهداشت، ایمنی، محیط‌زیست و انرژی

ستاد: کلیه واحدهای ستادی وزارت شامل مجموعه معاونت‌ها، مراکز، دفاتر و ادارات کل مستقل

سازمان تابعه: کلیه سازمان‌های صنعت، معدن و تجارت استان‌ها

تذکر: سازمان صنعت، معدن و تجارت جنوب کرمان نیز در گروه سازمان های تابعه طبقه بندی می شود.

سازمان وابسته: کلیه سازمان‌ها، شرکت‌ها، مؤسسات، صندوق‌ها و دستگاه‌های وابسته که به موجب قانون یا بر اساس اساسنامه مصوب زیر مجموعه وزارت محسوب می‌گردند.

بخش صنعت، معدن و تجارت: تمامی واحدهای که در امور مرتبط با صنایع (اعم از کوچک، متوسط و بزرگ)، تولیدکنندگان، معدن کاران، اصناف، اتحادیه‌ها و واحدهای صنفی، تجار، واردکنندگان با مجوز وزارت صنعت، معدن و تجارت و در راستای وظایف وزارتخانه مذکور مشغول به فعالیت می‌باشند.

برنامه جامع مدیریت بهداشت، ایمنی، محیط زیست و انرژی (HSEE Master Plan): راهنمای جامعی است که در آن نحوه همکاری، وظایف و مسئولیت‌های سازمان‌های تابعه و وابسته در جهت هم‌افزایی و کاهش مخاطرات موجود در واحدهای صنعتی و معدنی جهت نایل به اهداف عالی وزارت تدوین شده است. (ابلاغ شماره ۶۰/۲۴۱۴۵۷ مورخ ۹۳/۱۱/۲۰)

کارشناس بهداشت حرفه‌ای: فردی است که دارای مدرک تحصیلی کارشناسی یا بالاتر در رشته مهندسی بهداشت حرفه‌ای مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد.

طب کار: رشته‌ای از علوم پزشکی است که به پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های ناشی از کار می‌پردازد.

پزشک عمومی: فردی است که دارای مدرک تحصیلی دکترای رشته پزشکی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باشد.

متخصص طب کار: فردی است که علاوه بر داشتن مدرک دکترای رشته پزشکی دارای دانشنامه یا گواهینامه رسمی تخصصی تأیید شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رشته طب کار می‌باشد.

تیم فنی: تیمی از متخصصین در حوزه مدیران خط تولید، فورمن یا افراد آشنا به فرآیند که در آنالیز وظایف و مواجهه می‌توانند به بهداشت حرفه‌ای کمک نمایند.

شاغل: منظور فردی است که به صورت نیمه وقت یا تمام وقت به شغل مشخصی اشتغال داشته باشد.

بیماری شغلی: منظور بیماری است که در اثر مواجهه با عوامل زیان آور در محیط کار بوجود می‌آید یا تشدید می‌شود.

عوامل زیان آور محیط کار: شامل عوامل زیان آور فیزیکی (صدا، ارتعاش، روشنایی، پرتوها، تنش‌های حرارتی (شرایط کار در محیط گرم یا سرد))، شیمیایی (گازها و بخارات، مایعات، آئروسول‌ها و غیره)، ارگونومیکی (عوامل ناشی از عدم تطابق محیط کار و انسان مانند: پوسنرهای نامناسب کار، کارهای یکنواخت و تکراری، جابجایی اجسام بصورت استاتیک و دینامیک، کنترلرها و نشانگرها، ضایعات تجمعی و غیره)، عوامل روانی (استرس‌های شغلی، ارتباطات، رفتارها، رضایت شغلی و غیره) و بیولوژیکی (باکتری‌ها، ویروسها، قارچها، انگلها و سایر میکروارگانیسم‌ها) است.

شناسایی عوامل زیان آور: شناسایی عوامل زیان آور اولین گام اساسی در اجرای فعالیت های بهداشت حرفه ای محسوب می شود، به منظور برنامه ریزی مناسب در ارزیابی و کنترل خطر، همچنین اولویت بندی های اجرایی در خصوص عوامل زیان آور نیز بکار می رود.

اندازه گیری عوامل زیان آور: منظور تعیین مقدار کمی عوامل زیان آور در حیطه کار می باشد که بر اساس روش های استاندارد صورت می پذیرد.

ارزشیابی عوامل زیان آور: این مرحله به منظور تعیین و ارزشیابی میزان مواجهه شاغل با عامل زیان آور می باشد.

معاینات سلامت شغلی: منظور ارزیابی شاغلین در زمان ها یا دوره های زمانی مشخص به منظور کشف استعداد بیمار شدن و یا بروز بیماری در فرد شاغل است. این ارزیابی ها شامل: معاینات بالینی و اقدامات پاراکلینیک از قبیل آزمایشات روتین پزشکی، اسپیرومتری، اودیومتری، ایتومتری و غیره می باشد.

معاینات بدو استخدام: این معاینات پیش از شروع به کار به منظور ارزیابی سلامت متقاضی کار و همچنین تعیین توانایی انجام کار متناسب با شغل پیشنهادی در فرد انجام می شود.

معاینات ادواری: این معاینات به منظور ارزیابی سلامت شاغل و تشخیص بروز بیماری شغلی در فواصل زمانی مشخص برای افراد شاغل (معمولاً بصورت سالیانه) انجام می شود.

معاینات تغییر شغل: این معاینات علاوه بر معاینات بدو استخدام و دوره ای به منظور ارزیابی سلامت شاغل در هنگام تغییر شغل و تغییر شرایط کاری به جهت بررسی تناسب شغل جدید و فرد شاغل انجام می گیرد.

معاینات بازگشت به کار: این معاینات علاوه بر معاینات بدو استخدام و دوره ای در صورت دوری طولانی مدت (بیش از دو ماه) شاغل از محیط کار به هر دلیلی (حادثه، بیماری شغلی و غیره) انجام می گیرد.

معاینات اختصاصی (ویژه): این معاینات در مواردی مانند بازنشستگی پیش از موعد، کار در مشاغل سخت و زیان آور، تعیین و ارزیابی استفاده از وسایل حفاظت فردی (PPE) و غیره قابل انجام هستند.

معاینات بازنشستگی: این معاینات در زمان بازنشستگی شاغل انجام شده و سطح سلامت فرد را در شروع زمان بازنشستگی مشخص می کند.

آزمایشات پزشکی: آزمایش هایی هستند که توسط پزشک معاین تجویز و در آزمایشگاه های معتبر قابلیت انجام دارند.

کمپسیون راهنمای شغلی: کمپسیون است که در هر یک از سازمانهای تحت پوشش دامنه شمول در خصوص تغییر شغل یا

¹ Personal Protection Equipment

ادامه فعالیت شاغلین تصمیم گیری می نماید.

تصوه ۱: دستورالعمل کمیسیون راهنمای شغلی نیز متعاقبا ابلاغ خواهد شد.

آزمون روانشناسی SCL-90: این تست نسخه اعتبار سنجی شده، ۱۰۰ سوالی آن می باشد که جهت غربالگری سلامت روان کارکنان به دو صورت انفرادی و جمعی انجام می گردد.

تیم سلامت: منظور کلیه کارشناسان، پزشک معاین و متخصصانی که در اجرای معاینات دارای مسئولیت می باشند را تیم سلامت گویند.

هدف:

حفظ و ارتقاء سطح سلامتی، تشخیص زودرس و پیشگیری از بروز بیماری های شغلی در کارکنان شاغل در ستاد، سازمانهای تابعه و وابسته و بخش صنعت، معدن و تجارت می باشد.

دامنه شمول:

این دستورالعمل در حوزه ستادی، سازمانهای تابعه، وابسته و بخش صنعت، معدن و تجارت لازم الاجرا می باشد.

شرح وظایف:

نظارت عالیه این دستورالعمل بر عهده دفتر امور HSEE وزارت می باشد.

نظارت بر اجرای دستورالعمل مذکور در سطح سازمانهای تابعه وابسته و واحدهای تحت پوشش توسط بالاترین مقام آن سازمان می باشد.

اجرای دستورالعمل مذکور در بخش صنعت، معدن و تجارت بر عهده بالاترین مقام آن واحد می باشد.

پزشک معاین:

- تعیین نوع معاینات متناسب با شرایط کاری شاغل

- تعیین آزمایشات پاراکلینیک به تفکیک مشاغل

- انجام معاینات شغلی

- تکمیل فرم های مربوط به پزشک معاین (فرم های شماره ۶-۷-۸-۹-۱۳-۱۶)

کارشناس بهداشت حرفه ای:

- شناسایی و ارزیابی عوامل زیان آور محیط کار

- تکمیل فرم های مربوط به کارشناس بهداشت حرفه ای (۱)

- تدوین و اجرایی نمودن برنامه های عملیاتی در جهت کنترل مواجهه با عوامل زیان آور محیط کار

مدیریت HSEE بخش صنعت، معدن و تجارت:

- نظارت، پیگیری و گزارش دهی انجام معاینات شغلی

- ثبت و نگهداری کلیه پرونده های معاینات شغلی

کارشناس سلامت روان عضو تیم سلامت:

- تعیین و اجرای تست های مورد نیاز روانشناسی

- تفسیر نهائی آزمونها

- ارائه گزارش نهائی

- تکمیل فرمها مطابق با نظر کارشناس روانشناسی (فرم شماره ۱۴)

تیم سلامت روان:

- ارزیابی و تعیین میزان مواجهه با عوامل زیان آور محیط کار

- معاینات شغلی

- تکمیل پرونده سلامت شغلی

- ارائه گزارش تحلیلی شاغلین

- ارائه گزارش به کمیسیون راهنمای شغلی در صورت نیاز

سازوکار اجرایی و فرآیند انجام کار:

۱- ارزیابی و تعیین میزان مواجهه با عوامل زیان آور محیط کار:

- تجزیه و تحلیل مشاغل با رویکرد تعیین سطح مواجهه با مخاطرات شغلی (طی بازدید از محل کار، ترجیحاً با استفاده از

جداول^۲ dh JSA یا^۳ HAZID و انجام آن توسط تیم فنی)

^۲ Job Safety Analysis

^۳ - Hazard Identification Study

- شناسایی و اندازه گیری و ارزشیابی عوامل زیان آور در محیط کار

تذکره ۱: فرآیند اندازه گیری، مطابق با دستورالعمل اجرایی اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار مصوب وزارت صنعت،

معدن و تجارت انجام می گیرد. (دستورالعمل شماره ۱۰۰۸-۶۰/۱۲۳۷۳۱)

۲. معاینات شغلی :

الف) معاینات بدو استخدام:

در معاینات بدو استخدام، پزشک معاین می بایست ارگان های بدن که در فرم های شماره ۷ و ۸ پیوست (بررسی علائم بیماری در فرد و معاینات پزشکی) آمده است را مورد معاینه قرار داده و تست های پاراکلینیکی مربوطه را برای وی تجویز نماید.

تذکره ۲: کارکنان فاقد پرونده سلامت شغلی که در محیط های کاری مربوطه (مطابق دامنه شمول این دستورالعمل) دارای

سابقه کار می باشند، اولین معاینه شغلی آنها می بایست همانند معاینه بدو استخدام انجام پذیرد.

کارکنان مشمول ردیف ۲ بند الف معاینات شغلی، در صورت ابتلا به عوارض سلامت جسمی و روانی، لازمست در "کمیسیون راهنمای شغلی" مطرح و تصمیمات لازم اتخاذ شود.

تذکره ۳: انجام کامل معاینات برای کلیه شاغلین در معاینات بدو استخدام ضروری می باشد. (ماده ۹۲ قانون کار

جمهوری اسلامی)

ب) معاینات ادواری:

این معاینات بصورت منظم و دوره ای با نظر کارشناس بهداشت حرفه ای و پزشک طب کار (ماده ۹۲ قانون کار) انجام می شود.

نوع معاینات و آزمایشات پاراکلینیک معاینات ادواری بر اساس فرم شماره (۶) معاینات (مطابق با نظر کارشناس بهداشت حرفه ای)، توسط پزشک معاین برای هر یک از عوامل زیان آور محیط کار تعیین و انجام می شود.

ج) معاینات اختصاصی (ویژه):

این معاینات با توجه به نوع کار و عوامل زیان آور مربوطه، مطابق با نظر پزشک طب کار و کارشناس بهداشت حرفه ای تعیین می شوند.

این معاینات بر اساس رویه ای مشخص که برای هر عامل زیان آور مشخص می شود معاینات خاص در زمان های معین انجام می شود. فاصله زمانی انجام معاینات دوره ای متغیر می باشد.

د) معاینات بازنشستگی:

این معاینات در زمان بازنشستگی و قبل از جدائی کامل فرد شاغل از محیط کار انجام می شود. توسط پزشک معاین کلیه ارگان های بدنی فرد شاغل معاینه شده و آزمایشات پاراکلینیکی مربوطه تجویز می شود. در صورتیکه فرد شاغل دچار عارضه شده باشد میزان ارتباط آن با شغل توسط "کمسیون راهنمای شغلی" تعیین، تا در صورت نیاز بعدی (پرداخت غرامت و ...) بتوان از نتایج آن استفاده شود.

ه) ارجاع تخصصی

فرد شاغل پس از انجام معاینات شغلی در صورت نیاز به بررسی بیشتر، کنترل و یا درمان بیماری احتمالی، توسط پزشک معاین از طریق فرم شماره (۱۵) معاینات شغلی (ارجاع تخصصی) به پزشک متخصص ارجاع داده شود.

پس از اخذ نظر پزشک متخصص به منظور درج نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار، نتیجه آن در فرم ۱۶-۱ (نتیجه ارجاع تخصصی) معاینات شغلی ذکر شود.

و) تعیین وضعیت روانی شاغل

تعیین وضعیت روانی شاغل در معاینات بدوالمسخدم، دوره ای، ویژه و ارجاع تخصصی الزامی است.

کارشناس بهداشت روان تیم سلامت می بایست از تست های معتبر جهت ارزیابی و تعیین وضعیت روان شاغلین استفاده نماید و نتایج را در پرونده پزشکی شاغل درج و مستندسازی کند.

جهت بررسی وضعیت روان شاغلین آزمون روانشناختی SCL-90 پیشنهاد می شود.

تبصره: نتایج آزمون روانشناختی می بایست بصورت محرمانه نگهداری گردد.

تبصره: با توجه به اختصاصی بودن تست مذکور لازمست جهت اجرا، نمره گذاری، تحلیل و تهیه گزارش از کارشناس روانشناسی خبره استفاده شود.

تذکر ۲: چنانچه نتایج آزمون مبهم یا مشکوک باشد می بایست کارشناس روانشناسی از افراد مذکور مصاحبه بعمل آورده یا آزمون مجدداً انجام شود.

تذکر ۳: در صورتیکه هدف از غربالگری سلامت روان، بررسی شخصیت کارکنان باشد، می بایست از آزمون ۶۰ سوالی NEO به عنوان تست مکمل SCL-90 استفاده نمود.

۳- تکمیل پرونده سلامت شغلی

مطابق فرم ها و راهنمای پیوست تکمیل می شود. (فرمهای شماره ۱ تا ۱۶)

تذکر مهم: نتایج کلیه ی آزمایشات پاراکلینیک و ارجاعات فرد شاغل می بایست به پرونده سلامت ضمیمه و مستندسازی شود.
یزشک متخصص طب کار می بایست نظر قطعی و نهائی خود را در خصوص وضعیت سلامت شاغل همراه با مهر و امضاء در
فرم های مرتبط درج نماید.

اصلاح و بازنگری :

- اصلاح و بازنگری این دستورالعمل بنا به تشخیص شورای عالی HSEE میسر خواهد بود.

تصویب کننده

محمد رضا نعمت زاده
وزیر بهداشت، معدن و تجارت و
رئیس شورای عالی HSEE

پیشنهاد دهنده

رسول یار احمدی
مدیر کل دفتر امور بهداشت، ایمنی،
محیط زیست و انرژی

اصغر مصاحب نیا

رئیس مرکز توسعه و تحول اداری

پیوست ها

پیوست ۱. فرم های انجام معاینات شغلی

پیوست ۲. نحوه تکمیل فرم معاینات شغلی



نوع معاینه بندو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار
 تغییر شغل سایر موارد: _____
 و نام خانوادگی: _____ شماره پرونده: _____
 تاریخ انجام معاینه: ۱۳ / ... / ...

۱. مشخصات فردی شاغل:

محل الصاق مکس	نام پدر:	نام و نام خانوادگی:
	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تمسک <input type="checkbox"/>
	تاریخ تولد:	فرزندان: _____
کد ملی:	رشته تحصیلی:	وضعیت استخدامی: رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/>
مدیرک تحصیلی:	وضعیت نظام وظیفه: خدمت کرده <input type="checkbox"/> رسته خدمت: _____	نوع قرارداد: _____
وضعیت نظام وظیفه: معافیت دائم کفالتی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> ذکر علت معافیت پزشکی: _____		
آدرس و شماره تلفن محل کار: _____		

۲. سوابق شغلی:

عنوان / سمت	وظیفه محوله	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
		از	تا	
مشاغل فعلی				
مشاغل قبلی				

۳. ارزیابی عوامل زبان آور شغلی:

عامل زبان آور مشاغل	فیزیکی	شیمیایی	بیولوژیک	ارگونومی	روانی	
مشاغل فعلی	<input type="checkbox"/> سرو صدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> روشنایی <input type="checkbox"/> گرما <input type="checkbox"/> سرما <input type="checkbox"/> رطوبت <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> الکترومغناطیس <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گازها <input type="checkbox"/> حلال های آبی <input type="checkbox"/> فوم های فلزی <input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> اسید ها و بازها <input type="checkbox"/> آفت کش ها <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> قارچ <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> کار پر استرس <input type="checkbox"/> ایستادن طولانی مدت <input type="checkbox"/> نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> پوسچر نامناسب <input type="checkbox"/> جابجا کردن بار سنگین <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> کار پر استرس <input type="checkbox"/> مسئولیت <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> کار پر استرس <input type="checkbox"/> مسئولیت <input type="checkbox"/> سایر
مشاغل قبلی	<input type="checkbox"/> سرو صدا <input type="checkbox"/> ارتعاش <input type="checkbox"/> روشنایی <input type="checkbox"/> گرما <input type="checkbox"/> سرما <input type="checkbox"/> رطوبت <input type="checkbox"/> اشعه یونیزان <input type="checkbox"/> اشعه غیر یونیزان <input type="checkbox"/> الکترومغناطیس <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> گازها <input type="checkbox"/> حلال های آبی <input type="checkbox"/> فوم های فلزی <input type="checkbox"/> گرد و غبار <input type="checkbox"/> اسید ها و بازها <input type="checkbox"/> آفت کش ها <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> باکتری <input type="checkbox"/> ویروس <input type="checkbox"/> قارچ <input type="checkbox"/> انگل <input type="checkbox"/> گزش <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> کار تکراری <input type="checkbox"/> کار پر استرس <input type="checkbox"/> ایستادن طولانی مدت <input type="checkbox"/> نشستن طولانی مدت <input type="checkbox"/> پوسچر نامناسب <input type="checkbox"/> جابجا کردن بار سنگین <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> کار پر استرس <input type="checkbox"/> مسئولیت <input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> نوبت کاری <input type="checkbox"/> کار پر استرس <input type="checkbox"/> مسئولیت <input type="checkbox"/> سایر

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای: _____

تاریخ: ۱۳ / ... / ...

مهر و امضاء: _____



جمهوری اسلامی ایران

وزارت سلامت و بهداشت



نوع معاینه بدو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار

تغییر شغل سایر موارد: _____

و نام خانوادگی: _____ شماره پرونده: _____

تاریخ انجام معاینه: _____ / _____ / ۱۳_____

۴. سابقه ابتلا به برخی بیماریها در بستگان درجه یک فرد شاغل:

ردیف	نوع بیماری	تعداد	دارد		
			نسبت	مدت ابتلا (سال)	فعال
					تحت کنترل
۱	سرطان				
۲	دیابت				
۳	جرب خونی				
۴	فشار خون				
۵	سکته قلبی				
۶	تالاسمی				
۷	سل				
۸	اسه				
۹	بیماری روانی				
۱۰	صرع				
۱۱	بیماری کلیوی				
۱۲	_____				
۱۳	_____				
۱۴	_____				
۱۵	_____				

ابتحالی: _____ صحت مطالب فوق را تایید می نمایم: _____

۵. سوابق شخصی، خانوادگی و پزشکی فرد شاغل:

ردیف	سوال	بله	خیر	توضیحات
۱	آیا سابقه بیماری دارید؟ نام بیماری ذکر گردد.			
۲	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در محیط کار تغییر می کند؟			
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علائم مشابه در محل کار دارند؟			
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در زمان تعطیلات و مرخصیها تغییر می کند؟			
۵	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟			
۶	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟			
۷	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمائید.			
۸	آیا تاروی خاصی مصرف می کنید؟			
۹	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر کنید.			
۱۰	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از سه روز دارید؟			
۱۱	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟			
۱۲	آیا سابقه معرفی به کمیسیون پزشکی را دارید؟			
۱۳	آیا در حال حاضر سیگار می کشید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	تعداد نخ روزانه: _____ مدت استعمال: _____ سال	
۱۴	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	تعداد نخ روزانه: _____ مدت استعمال: _____ سال	
۱۵	آیا تاکنون به حادثه شغلی دچار شده اید؟	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	نوع آسیب: _____ عظمت: _____	

امضاء و اثر انگشت فرد شاغل: _____ تاریخ: _____ / _____ / ۱۳_____



جمهوری اسلامی ایران

وزارت سلامت و بهداشت

نوع معاینه بدو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار

تغییر شغل سایر موارد: شماره پرونده: و نام خانوادگی:

تاریخ انجام معاینه: ۱۳...../...../.....

عوامل زیان آور محیط کار:

ردیف	عامل زیان آور	میزان مواجهه TWA (۸ ساعته)	استاندارد	راهکار های کنترلی موجود	ارگان هدف	آزمایشات پاراکلینیکی مورد نیاز
			ایران / سایر سازمان های بین المللی (ACGIH, OSHA, ...)			
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

نام و نام خانوادگی پزشک معاین:

مهر و امضاء:

تاریخ: ۱۳...../...../.....

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای:

مهر و امضاء:

تاریخ: ۱۳...../...../.....



جمهوری اسلامی ایران

وزارت سلامت و آموزش پزشکی

نوع معاینه پدو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار

تغییر شغل سایر موارد

و نام خانوادگی: شماره پرونده:

تاریخ انجام معاینه: ۱۳ / /

۷. بررسی علائم بیماری در فرد:

نام ارگان	وضعیت سلامت	علائم بیماری (در صورت موجود بودن مدت بیش از ۳ هفته علامت زده شود)
عمومی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> عدم تحمل به گرما و سرما <input type="checkbox"/> کاهش اشتها <input type="checkbox"/> تعریق بیش از حد <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> اختلال فرغ خواب <input type="checkbox"/> خارش بدن <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> خستگی مفرط <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تورم اندامها <input type="checkbox"/> کاهش اشتها <input type="checkbox"/> تعریق بیش از حد <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> خستگی مفرط <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تورم اندامها
چشم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> کاهش حدت بینایی <input type="checkbox"/> تورم از تور <input type="checkbox"/> خستگی چشم <input type="checkbox"/> دو بینی <input type="checkbox"/> آنگ ریزش <input type="checkbox"/> خارش چشم
پوست و ناخن	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> پوسته زبری <input type="checkbox"/> تغییر رنگ ناخن <input type="checkbox"/> فروری پوست <input type="checkbox"/> تغییر رنگ پوست <input type="checkbox"/> زخم پوست <input type="checkbox"/> خارش پوست <input type="checkbox"/> راحه مزمن
گوش، حلق و بینی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> خارش و سوزش بینی <input type="checkbox"/> خونریزی بینی <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> سرگججه و عفون <input type="checkbox"/> گلو درد <input type="checkbox"/> ریزش گوش <input type="checkbox"/> گرفتگی صدا <input type="checkbox"/> درد گوش <input type="checkbox"/> ترشح گوش <input type="checkbox"/> اختلال بویایی <input type="checkbox"/> ترشح گوش
دهان و دندان	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> اختلال مزه فکری در دهان <input type="checkbox"/> تورم لثه <input type="checkbox"/> جگرک دهان <input type="checkbox"/> بوی بد دهان <input type="checkbox"/> جگرکی دهان <input type="checkbox"/> دندان درد <input type="checkbox"/> آسه پینه دهانی
سر و گردن	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> درد گردن <input type="checkbox"/> تورم گردنی <input type="checkbox"/> توده گردنی <input type="checkbox"/> تنگی نفس گوشه <input type="checkbox"/> جفن خنک سینه <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
زبه	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خنک <input type="checkbox"/> تنگی نفس گوشه <input type="checkbox"/> جفن خنک سینه <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
قلب و عروق	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> تنگی نفس در وضعیت خوابیده <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تنگی نفس دهانی شبانه <input type="checkbox"/> سینه سنگوب
شکم و لگن	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> اختلال در دفع <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> مدفوع قیری <input type="checkbox"/> خون روشن در مدفوع <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
کتبه و مفاصل	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> سوزش اندام <input type="checkbox"/> فلجیت مکرر اندام <input type="checkbox"/> نقره اندام <input type="checkbox"/> درد پهلو <input type="checkbox"/> شب اندامی <input type="checkbox"/> احتباس سنگینی یا توده در بیشه <input type="checkbox"/> دو شاخه شدن اندام <input type="checkbox"/> درد شستن اندام <input type="checkbox"/> اندام خوابی <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
دستگاه تنفسی مزمنه	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> راحه مزمن <input type="checkbox"/> فقدان به عدم برول بیشه <input type="checkbox"/> ناهاروی <input type="checkbox"/> درد بیشه <input type="checkbox"/> اختلال در توانایی جسمی <input type="checkbox"/> کاهش قدرت یا فلج اندام <input type="checkbox"/> سردی پوست <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
دستگاه تنفسی زبانه	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> نامنظمی در حالت معافه <input type="checkbox"/> ترشحات غیر طبیعی <input type="checkbox"/> نامنظمی در حالت معافه <input type="checkbox"/> ناهاروی <input type="checkbox"/> خونی زبری غیر طبیعی <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
اسکلتی و عضلاتی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> خشکی مفاصل <input type="checkbox"/> کمز تریه <input type="checkbox"/> درد زانو <input type="checkbox"/> درد سایر مفاصل <input type="checkbox"/> درد شانه <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
سیستم عصبی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> سر درد <input type="checkbox"/> گرگز و مورمور انگشتان دست <input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> اختلال حافظه <input type="checkbox"/> لرزش <input type="checkbox"/> سلفه صرع تشنج <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
رگن	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> تصلبیت بیش از حد <input type="checkbox"/> تشنج پالین <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> پر خاشگری <input type="checkbox"/> کاهش انگیزه <input type="checkbox"/> خستگی مفرط
حساسیت	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> پوستی <input type="checkbox"/> گوشه <input type="checkbox"/> تنفسی <input type="checkbox"/> چشمی <input type="checkbox"/> خستگی مفرط <input type="checkbox"/> نوع خایمه ایجاد شده

اینجانب تاریخ: / / ۱۳

صحت مطالب فوق را تایید می نمایم
اعضاء و اثر انگشت فرد شایع
نام و نام خانوادگی پزشک معاینه
تاریخ معاینه: / / ۱۳
مهر و امضاء



نوع معاینه بندو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار

تغییر شغل سایر موارد

و نام خانوادگی: _____ شماره پرونده: _____

تاریخ انجام معاینه: ۱۳_____ / _____ / _____

A. معاینات پزشکی:		وزن (بر حسب کیلوگرم)	قد (بر حسب سانتی متر)	نمایه توده بدنی (BMI)
فشار خون (بر حسب میلیمتر جیوه)		تعداد نفس (تعداد در دقیقه)		
نام ارگان	وضعیت سلامت	نشانه های بیماری		
عمومی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری (ill/look)	<input type="checkbox"/> مخاطات رنگ بریده	غیره
چشم	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> قرقرکتس غیر طبیعی مردمک	<input type="checkbox"/> استراژی اپکتیک	<input type="checkbox"/> بیساکموس <input type="checkbox"/> قرقرری چشم غیره
پوست، مو و ناخن	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> ماکول <input type="checkbox"/> لاینگ <input type="checkbox"/> ریش منطقه ای مو	<input type="checkbox"/> ماکول <input type="checkbox"/> کپیر <input type="checkbox"/> تغییرات بیگمانی (هایوا/ هایپرپیگمانتاسیون)	<input type="checkbox"/> وریکول <input type="checkbox"/> ریش جنرال مو غیره
گوش، حلق و بینی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> التهاب برده تسمان <input type="checkbox"/> باری برده تسمان <input type="checkbox"/> پرقراسون / خم سینوم	<input type="checkbox"/> آگروای حلق <input type="checkbox"/> قرقرری حلق Lend Line	<input type="checkbox"/> ترشح بست حلق <input type="checkbox"/> بولب سی غیره
دهان و دندان	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> لوی بد دهان <input type="checkbox"/> مال الکوسیون	<input type="checkbox"/> التهاب لته <input type="checkbox"/> دندان از دست رفته کشیده شده	<input type="checkbox"/> پوسیدگی دندان غیره
سر و گردن	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> آرزگی تیروئید	<input type="checkbox"/> لعدا بولای گرمی	غیره
ریه	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری غیر طبیعی آفسه سینه <input type="checkbox"/> خشونت صدا	<input type="checkbox"/> تکی پنه <input type="checkbox"/> کاهش صداهای ریوی	<input type="checkbox"/> کرانک غیره
قلب و عروق	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> S1, S2 غیر طبیعی <input type="checkbox"/> آریتم	<input type="checkbox"/> صدای اضافی قلب <input type="checkbox"/> ادم اندام	<input type="checkbox"/> واریس اندام تحتانی غیره
تنگ و تگن	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> تندرئس تنگمی <input type="checkbox"/> هائوومگالی	<input type="checkbox"/> ریپلند تندرئس <input type="checkbox"/> دیستاسیون تنگمی	<input type="checkbox"/> توده تنگمی <input type="checkbox"/> اسیدومگالی غیره
کلیه و مجاری ادراری	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> تندرئس CVA	غیره	غیره
دستگاه تنفسی مرده	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> ناهنجاری آتومیک <input type="checkbox"/> توده سینه	<input type="checkbox"/> اسکار بازخه مزمن <input type="checkbox"/> عدم وجود سینه	<input type="checkbox"/> هپاتروسل <input type="checkbox"/> لدول روی اسکرولوم غیره
دستگاه تنفسی زنده	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> ترشح غیر طبیعی <input type="checkbox"/> اسپیتول / رکتوسل (گرید ۲ به ۷)	<input type="checkbox"/> کولادیت غیره	<input type="checkbox"/> رگمیل تنفسی غیره
اسکنسی و عضلانی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> محدودیت حرکتی مفعول <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی	<input type="checkbox"/> اسکولپور <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی	<input type="checkbox"/> آسپوناسیون <input type="checkbox"/> آسنت SLR مثبت غیره
استخوانی	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> قرقرکتس زانوی غیر طبیعی <input type="checkbox"/> گسنت رومبرگ مختل	<input type="checkbox"/> رفکتس آسبل غیر طبیعی <input type="checkbox"/> گسنت تیبیل گسنت	<input type="checkbox"/> اختلال حسی اندامها غیره
دول	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> هایل توضیحات	<input type="checkbox"/> اختلال ایوبالتاسیون	<input type="checkbox"/> توجیر غیره
حساسیت	<input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	<input type="checkbox"/> یوسن توضیحات	<input type="checkbox"/> کوارشی	<input type="checkbox"/> تنفسی <input type="checkbox"/> چشمی غیره



جمهوری اسلامی ایران

وزارت سلامت و خدمات بهداشتی

نوع معاینه بدو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار
 تغییر شغل سایر موارد

و نام خانوادگی: شماره پرونده:

تاریخ انجام معاینه: ۱۳ / /

۹. آزمایشات پاراکلینیکی مورد نیاز:

آیا فرد شاغل نیازمند انجام تست های مربوط به بایش بیولوژیک می باشد؟ خیر بلی (لازمست در صورت "بلی" بودن نام

تست مربوطه قید گردد). ۱. _____ ۲. _____ ۳. _____

اینتومتری اودبومتری اسمیرومتری روانشناسی

آزمایش خون آزمایش ادرار سایر موارد (ذکر نام الزامی می باشد).

نام و نام خانوادگی پزشک معاین: تاریخ: مهر و امضاء:

۱۰. آزمایشات (lab tests):

عنوان آزمایش	آزمایش درخواستی	نتیجه آزمایش	تاریخ انجام آزمایش	عنوان آزمایش	آزمایش درخواستی	نتیجه آزمایش	تاریخ انجام آزمایش
CBC	WBC		۱۳ / /	U/A	Prot		۱۳ / /
	RBC		۱۳ / /		Glu		۱۳ / /
	Hb		۱۳ / /		RBC		۱۳ / /
	HCT		۱۳ / /		WBC		۱۳ / /
	Plt		۱۳ / /		Bact		۱۳ / /
BG & RH		۱۳ / /	BUN		۱۳ / /		
FBS		۱۳ / /	Creat		۱۳ / /		
Total Chol		۱۳ / /	ALT(SGPT)		۱۳ / /		
LDL		۱۳ / /	AST(SGOT)		۱۳ / /		
HDL		۱۳ / /	ALK.ph		۱۳ / /		
TG		۱۳ / /	HBS Ag		۱۳ / /		
PPD		۱۳ / /	HBS Ab		۱۳ / /		
S/E (O/B & O/P)		۱۳ / /	HCV Ab		۱۳ / /		
PSA (بالای ۴۰ سال)		۱۳ / /	CEA (بالای ۳۵ سال)		۱۳ / /		
AFP (بالای ۴۰ سال)		۱۳ / /	POP smear (زنان)		۱۳ / /		
.....		۱۳ / /	.....		۱۳ / /	
.....		۱۳ / /	.....		۱۳ / /	

نام و نام خانوادگی پزشک معاین: تاریخ معاینه: مهر و امضاء:



جسری ایمنی ایران

ذرات ممت سبب نوبت

نوع معاینه بدو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار

تغییر شغل سایر موارد: _____
و نام خانوادگی: _____ شماره پرونده: _____

تاریخ انجام معاینه: ۱۳ / /

۱۱. واکنش‌ها

تاریخ انجام	نتیجه	نوع واکنش
۱۳ / /		۱.
۱۳ / /		۲.
۱۳ / /		۳.

۱۲. پاراکلینیک:

۱-۱۲- ایتومتری:

میدان بینائی				دید رنگی				حدت بینائی			
L		R		L		R		L		R	
طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	طبیعی	غیر طبیعی	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح
								/۱۰	/۱۰	/۱۰	/۱۰

تفسیر:

نتیجه معاینه بینائی فرد شامل:

بدون مشکل بینائی نیاز به عینک دارد (با آن دید کامل می شود) نمی شود نیاز به معاینات تکمیلی

مهر و امضاء:

تاریخ معاینه: ۱۳ / /

نام و نام خانوادگی ایتومتریست:

۲-۱۲- اودئومتری:

تاریخ معاینه	فرکانس	۵۰۰	۱۰۰۰	۲۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۶۰۰۰	۸۰۰۰	گفتار شنجی		تفسیر
									SRT	SDS	
۱۳ / /	نام تست										
گوش راست	AC										
	BC										
گوش چپ	AC										
	BC										

مهر و امضاء:

تاریخ معاینه: ۱۳ / /

نام و نام خانوادگی اودئولوژیست:

۳-۱۲- اسپرومتری:

FEV ₁ (درصد / مقدار)	FVC (درصد / مقدار)	FEV ₁ /FVC (%)
FEF ₂₅₋₇₅ (%)	PEF	VENT (Back Extrapolated Volume)

تفسیر:

مهر و امضاء:

تاریخ معاینه: ۱۳ / /

نام و نام خانوادگی کارشناس مربوطه:



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نوع معاینه بدو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار
 تغییر شغل سایر موارد

و نام خانوادگی: شماره پرونده:

تاریخ انجام معاینه: ۱۳ / /

۱۳. سایر اقدامات پاراکلینیکی در صورت لزوم:

یافته ها	(P-A)CNR	تاریخ درخواست: ۱۳ / /
یافته ها	ECG	تاریخ درخواست: ۱۳ / /
یافته ها	Mamography: (زبان بالای ۳۵ سال)	تاریخ درخواست: ۱۳ / /
یافته ها	رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد:	

مهر و امضاء:

تاریخ معاینه: ۱۳ / /

نام و نام خانوادگی پزشک معاین:

۱۴. بررسی وضعیت بهداشت روان:

علائم	نمره خام	میانگین نمره
SOM		
O-C		
INT		
DEP		
ANX		
HOS		
PHOBY		
PAR		
PSY		
سوال اضافی		

PSDI¹ معیار ضریب ناراحتی
PST² ضریب علائم مرضی
GSI³ ضریب کلی علائم مرضی
تفسیر آزمون:

مهر و امضاء:

تاریخ معاینه: ۱۳ / /

نام و نام خانوادگی روانشناس:

1. Global Severity Index
2. Positive Symptom Total
3. Positive Symptom Distress Index



جمهوری اسلامی ایران

وزارت سلامت، سوان و تندرست

نوع معاینه بدو استخدام دوره ای ویژه بازگشت به کار

تغییر شغل سایر موارد: _____
و نام خانوادگی: _____ شماره پرونده: _____

تاریخ انجام معاینه: ۱۳... / ... / ...

۱۵. ارجاع تخصصی:

مدت اشتغال (در حساب سال)	عوامل زبان آور شغل	عناوین شغلی	
			قبلی
			فعلی

علت ارجاع (در صورتیکه علت ارجاع، مواجهه با عوامل زبان آور می باشد، عناوین شغلی، نام عامل زبان آور و مدت زمان اشتغال فرد شاغل بر اساس فرم شماره ۶ بیان گردد)

شرح حال:

مهر و امضاء پزشک اعزام کننده:

تاریخ انجام: ۱۳ / /

لشخیص بیماری، درمان و توصیه های پزشک متخصص:

مهر و امضاء پزشک متخصص:

تاریخ انجام: ۱۳ / /



جمهوری اسلامی ایران

وزارت سلامت، سن و بهداشت

نوع معاینه

بدو استخدام

دوره ای

ویژه

بازگشت به کار

تغییر شغل

سایر موارد

و نام خانوادگی:

شماره پرونده:

تاریخ انجام معاینه:

۱۳ / /

۱۶. نتیجه گیری نهائی

۱-۱۶ - نتیجه ارجاعات تخصصی:

ردیف	نوع تخصص	نتیجه مشاوره
۱	..... تاریخ انجام ۱۳ / /	تاریخ انجام ۱۳ / /
۲	..... تاریخ انجام ۱۳ / /	تاریخ انجام ۱۳ / /
۳	..... تاریخ انجام ۱۳ / /	تاریخ انجام ۱۳ / /
۴	..... تاریخ انجام ۱۳ / /	تاریخ انجام ۱۳ / /
۵	..... تاریخ انجام ۱۳ / /	تاریخ انجام ۱۳ / /

۱۶-۲ - اظهار نظر نهائی:

الف) اشتغال به کار بلا مانع است

ب) اشتغال به کار بصورت مشروط بلا مانع است ذکر شرط

ج) ارجاع به کمیسیون راهنمای شغلی تاریخ ارجاع: ۱۳ / /

تاریخ و نتیجه شورای راهنمای شغلی:

مهر و امضاء پزشک معاین

پیوست ۲: نحوه تکمیل فرم های طب کار

توجه مهم: لازمست در قسمت بالای کلیه فرم ها نوع معاینه^۱، نام و نام خانوادگی، تاریخ انجام معاینه و شماره پرونده پرسنلی فرد شاغل قید گردد.

توجه: در صورتیکه نوع معاینه مد نظر در گزینه ها موجود نباشد، لازمست نوع آن نوشته شود.

۱. مشخصات فردی شاغل:

نام و نام خانوادگی، نام پدر، جنسیت، تاریخ تولد، کد ملی: بر اساس اطلاعات شناسنامه ای فرد شاغل هنگام مراجعه تکمیل شود.

وضعیت تاهل: لازمست در قسمت مربوطه علامت زده شده و تعداد فرزندان فرد شاغل هم مشخص شود.

وضعیت استخدامی: وضعیت استخدامی فرد با توجه به گزینه های موجود تکمیل شود.

محل الصاق عکس: الصاق عکس شاغل در محل مشخص شده الزامی است.

رشته تحصیلی: منظور رشته تحصیلی متناسب با آخرین مدرک تحصیلی است که فرد شاغل دارا می باشد.

مدرک تحصیلی: منظور آخرین مدرک تحصیلی است که فرد شاغل دارا می باشد.

وضعیت نظام وظیفه: اگر فرد خدمت سربازی انجام داده در محل مربوطه علامت زده و رسته خدمت شامل غنی - مهندسی، بهداری،

خدماتی، عملیاتی، اداری - پشتیبانی، انتظامی و ... ذکر شود. اگر خدمت سربازی انجام نداده است با توجه به نوع معافیت یکی از

قسمتهای معافیت غیر پزشکی یا معافیت پزشکی علامت زده می شود و چنانچه دارای معافیت پزشکی است علت معافیت ذکر شود.

مثلاً صافی (کف با)

آدرس و شماره تلفن محل کار: آدرس و شماره تلفن محل کار قید شود.

۲. سوابق شغلی:

لازمست کارشناس بهداشت حرفه ای با همکاری فرد شاغل قسمت های مربوط به مشاغل فعلی و مشاغل قبلی را تکمیل نماید. در

صورتیکه فرد شاغل دارای چندین سمت یا شغل بوده، لازم است تمامی مشاغل فعلی و قبلی در فرم مربوطه قید شود.

عنوان سمت: بر اساس سمت سازمانی تعریف شده برای فرد شاغل در هنگام استخدام، تکمیل می شود.

وظیفه محوله: کلیه فعالیتهایی که فرد شاغل در طول شیفت کاری انجام می دهد.

تاریخ اشتغال: این قسمت به ماه و سال در زمان شروع بکار برای وظیفه محوله و تاریخ ترک آن اشاره دارد.

علت تغییر شغل یا وظیفه: در مواردیکه شغل یا وظیفه فرد شاغل تغییر کرده است، علت تغییر بطور خلاصه ذکر شود. مثلاً پائین

بودن دستمزد، انحلال شرکت، اخراج، بروز بیماری و ...

۳. ارزیابی عوامل زبان آور شغلی:

جدول مذکور در دو ردیف اصلی مشاغل فعلی و مشاغل قبلی تنظیم شده است. این جدول همچنین دارای پنج ستون شامل پنج گروه عمده عوامل زبان آور شغلی (فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک، ارگونومی و روانی) است که انواع مختلف مواجهات در هر گروه درج گردیده است. این قسمت بر اساس نتیجه بازدید کارشناس بهداشت حرفه ای از محیط کار شاغل تکمیل شود.

❖ تذکر: ذکر نام و نام خانوادگی، تاریخ، مهر و امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای پرونده در محل مربوطه ضروری است.

۴. سابقه ابتلا به برخی بیماریها در بستگان درجه یک* فرد شاغل:

در این قسمت نوع بیماری در بستگان درجه اول فرد شاغل تعیین می شود. در صورت ابتلا بستگان درجه یک به هر کدام از بیماری های ذکر شده لازم است بقیه موارد تکمیل شود.

*بستگان درجه ۱: منظور، پدر، مادر، برادر، خواهر و فرزند می باشد.

نسبت: منظور نوع رابطه خویشاوندی اشخاص (درجه اول) مبتلا به بیماری با فرد شاغل می باشد.

مدت ابتلا: مدت زمان ابتلا به بیماری در بستگان درجه اول بر حسب سال می باشد.

فعال: در صورتیکه شخص مبتلا به بیماری، در حال حاضر دچار عارضه مربوط به بیماری شده باشد.

تحت کنترل: در صورتیکه شخص مبتلا به بیماری بدون علامت و تحت درمان باشد.

۵. سوابق شخصی، خانوادگی و پزشکی فرد شاغل:

جدول مذکور با ۱۵ سوال تنظیم گردیده که پس از طرح سوال بر اساس اظهارات فرد معاینه شونده متناسب با پاسخ دریافت شده یکی از ستون های بلی یا خیر علامت زده شود.

در صورت پاسخ "بلی" برای هر یک از سوالات، نسبت به اخذ پاسخ و ثبت توضیحات مربوط به آن مطابق جدول زیر اقدام شود:

سوال	توضیحات ضروری که در صورت پاسخ "بلی" باید قید شود.
۱	نوع بیماری و مدت زمان ابتلا به آن
۲	نوع علائم و الگوی تشدید یا تخفیف آن در محیط کار
۳	نوع علائم در همکاران
۴	الگوی تغییر علائم در زمان تعطیلات و مرخصی ها
۵	ذکر نوع غذا، دارو یا ماده ای که فرد به آن حساسیت دارد و نوع علائم حساسیتی
۶	ذکر علت و زمان بستری در بیمارستان (نوع بیماری، عمل جراحی و ...)
۷	نوع و زمان عمل جراحی (آپاندکتومی، جراحی فتق، واریکوسل و ...)
۸	ذکر نام داروی مصرفی، مدت زمان مصرف و دوز دارو
۹	ذکر نام ورزش یا سرگرمی و مدت پرداختن به آن تذکر: سرگرمی می تواند شامل کارهایی که فرد در اوقات فراغت از شغل اصلی انجام می دهد مانند کار با کامپیوتر، کشاورزی و ... باشد و باید مورد سوال قرار گرفته و پاسخ مثبت توضیح داده شود.
۱۰	ذکر بیماری که شاغل به دلیل آن غیبت از کار بیش از سه روز داشته است.
۱۱	ذکر نام مرکز صنعتی و فاصله آن تا منزل
۱۲	ذکر تاریخ و علت معرفی به کمیسیون پزشکی و نتیجه آن
۱۳	محاسبه pack year سیگار مصرفی
۱۴	محاسبه pack year سیگار مصرفی همراه با ذکر زمان قطع مصرف سیگار
۱۵	ذکر نوع حادثه شغلی و علت آن

لازمست پس از تکمیل جداول شماره ۴ و ۵، امضاء و اثر انگشت فرد شاغل مبنی بر تائید اظهاراتش در محل مشخص شده ثبت شود.

۶. ارزیابی مواجهه با عوامل زیان آور محیط کار:

- عامل زیان آور: در این قسمت عامل زیان آور به تفکیک فیزیکی، شیمیایی، ارگونومیک، بیولوژیکی و روحی و روانی براساس نوع آن ذکر گردد. مثلاً عامل زیان آور فیزیکی از نوع روشنایی و غیره.

- میزان مواجهه TWA^4 (۸ ساعته): یا متوسط وزنی- زمانی. مقدار غلظت متوسط زمانی را نشان می دهد که تقریباً همه کارگرها می توانند برای یک روز کاری ۸ ساعته و ۴۰ ساعت در هفته و هر روز بدون وجود اثرات مضر بهداشتی با آن در تماس باشند.

- استاندارد: بر اساس استاندارد کشورمان یا استاندارد های سایر سازمان های بین المللی مورد پذیرش (ACGIH⁵, OSHA⁶, ...).
نوشته شود.

- راهکارهای کنترلی موجود: نام راهکار کنترلی (مدیریتی، مهندسی، وسایل حفاظت فردی^۷ و ...) که در حال حاضر برای کنترل عامل زیان آور استفاده می شود نوشته می شود.

- ارگان هدف^۸: عضوی از بدن می باشد که با توجه به نوع عامل زیان آور دچار عارضه می شود.

توجه: چهار مورد بالا توسط کارشناس بهداشت حرفه ای تکمیل و در نهایت مهر و امضاء می شود.

آزمایشات پاراکلینیکی مورد نیاز: این قسمت توسط پزشک معاین و بر اساس ارگان هدف که دچار عارضه احتمالی شده تکمیل و آزمایشات پاراکلینیکی مد نظر در خواست و در نهایت مهر و امضاء می گردد.

۷. بررسی علائم^۹ بیماری در فرد:

فرم شماره (۷) توسط پزشک معاین و از طریق پرسش از فرد شاغل تکمیل می شود. در پایان تکمیل فرم لازمست پزشک معاین و فرد شاغل فرم مربوطه را امضاء کنند.

توجه: در ستون مربوط به علائم بیماری، چنانچه علامتی برای مدت بیش از سه هفته در فرد شاغل وجود داشته باشد گزینه مد نظر انتخاب شود.

بررسی ارگانها:

مراحل ثبت علائم بیماری در فرد شاغل در مورد تمامی ارگانها شامل موارد زیر است:

۱- در ستون وضعیت سلامت، در صورت وجود علائم بیماری، گزینه غیر طبیعی و در غیر اینصورت گزینه طبیعی انتخاب شود.

⁴ . Time-Weighted Average
⁵ . American Conference of Governmental Industrial Hygienists
⁶ . Occupational Safety and Health Administration
⁷ . Personal Protection Equipment (PPE)
⁸ . Target Organ
⁹ . symptoms

۲- چنانچه فرد دارای علامتی از بیماری باشد، ابتدا آن را مشخص و سپس توضیحات (شامل: زمان بروز، محل، شدت و ...) در قسمت مربوطه درج شود.

۳- چنانچه از گاتی از فرد دارای علامتی از بیماری باشد که جزء علائم ذکر شده نباشد، می بایست در قسمت غیره، مشخص شده و توضیحات مربوط به آن نیز درج شود.

عمومی: بررسی فرد شاغل از نظر وضعیت عمومی با پرسش از وجود علائم بیماری شامل: عدم تحمل به گرما و سرما، کاهش اشتها، خستگی مزمن و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

چشم: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: کاهش قدرت بینایی، تاری دید، خستگی چشم و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

پوست، مو و ناخن: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: پوسته ریزی، قرمزی پوست، ریزش مو و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

گوش و حلق و بینی: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: کاهش شنوایی، آبریزش بینی، گلو درد و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

دهان و دندان: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: احساس مزه فلزی در دهان، بوی بد دهان، خشکی دهان و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

سر و گردن: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: درد گردن، توده گردنی و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

ریه: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: سرفه، خلط، تنگی نفس کوششی و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

قلب و عروق: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: درد قفسه سینه، تپش قلب، سیانوز و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

شکم و لگن: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: بی اشتها، بیبوست، اسهال و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

کلیه و مجاری ادراری: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: سوزش ادرار، تکرر ادرار، شب ادراری و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

دستگاه تناسلی مردانه: پرسش از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: زخم مزمن، درد بیضه، توروم بیضه و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

دستگاه تناسلی زنانه: بررسی از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: نامنظمی در عادت ماهیانه، درد شدید در زمان قاعدگی، خونریزی غیر طبیعی و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

اسکلتی و عضلانی: بررسی از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: خشکی مفاصل، کمردرد، درد زانو و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

سیستم عصبی: بررسی از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: سردرد، گیجی، اختلال حافظه و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

روان: بررسی از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: عصبانیت بیش از حد، خلق پایین، اضطراب و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

حساسیت: بررسی از فرد شاغل در مورد وجود علائم بیماری شامل: بوستی، گوارشی، تنفسی و ... و در صورت وجود هرگونه علامت بیماری توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

۸. معاینات (نشانه های^{۱۰}) پزشکی:

فرم شماره (۸) توسط پزشک معاین و از طریق معاینه فرد شاغل تکمیل می شود. در پایان تکمیل فرم لازمست پزشک معاین فرم مربوطه را مهر و امضاء نماید.

ابزار معاینه: ترازو، قدسنج، گوشی پزشکی، دستگاه فشار سنج، اختالموسکوپ، اتوسکوپ، چراغ قوه، حرارت سنج، آبلاتگ و...

وزن: با حداقل لباس ممکن اندازه گیری و به دقت ثبت گردد. واحد اندازه گیری آن بر حسب کیلو گرم می باشد. در ثبت وزن افراد شاغل توجه شود که اعداد زیر ۱۵ به یک رقم تخمین پائین تر (مثلاً ۹۲/۳ به ۹۲) و اعداد بالای ۱۵ به یک تبدیل و ثبت شوند (مثلاً ۶۷/۸ به ۶۸).

قد: واحد اندازه گیری قد، سانتی متر و در حالی اندازه گیری شود که شاغل پشت به دیوار و کاملاً چسبیده به آن و بدون کفش ایستاده باشد. در این قسمت قد به سانتی متر با هر عدد اندازه گیری شده باید ثبت گردد مثلاً ۱۷۸/۲ سانتی متر.

تعداد نبض: به شمارش ضربان قلب از طریق شریان رادیال / کاروتید گفته می شود و واحد آن تعداد ضربان در دقیقه می باشد مثل ۷۲/min.

فشار خون: واحد اندازه گیری آن میلی متر جیوه و نحوه ثبت آن به شکل زیر است: Systolic/Diastolyic بطور مثال ۱۲۰/۷۵ mmHg

تذکر: پیش از اندازه گیری تعداد نبض و میزان فشار خون فرد باید حداقل ۱۵ دقیقه استراحت کرده باشد.

¹⁰. signs

بررسی ارگانها:

مراحل ثبت نتایج معاینات در مورد تمامی ارگانها شامل موارد زیر است:

- ۱- انجام معاینات بالینی مربوط به هر ارگان می بایست بر پایه مشاهده، لمس، دق و سمع در قسمت مربوطه انجام پذیرد.
 - ۲- در ستون وضعیت سلامت، در صورت وجود نشانه بیماری، گزینه غیر طبیعی و در غیر اینصورت گزینه طبیعی انتخاب شود.
 - ۳- چنانچه فرد دارای نشانه ای از بیماری باشد، ابتدا آن را مشخص و سپس توضیحات (شامل: شکل، اندازه، جاد بودن و ...) در قسمت مربوطه درج شود.
 - ۴- چنانچه ارگانی از فرد دارای نشانه ای از بیماری باشد که جزء علائم ذکر شده نباشد، می بایست در قسمت غیره، مشخص شده و توضیحات مربوط به آن نیز درج شود.
- عمومی:** بررسی فرد شاغل از نظر عمومی یا نگاه به وضعیت ظاهری شامل: وضعیت ظاهری (ill/toxic)، مخاطات رنگ بریده و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- چشم:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: رفلکس غیر طبیعی مردمک، اسکلرای ایکتریک، نیستاگموس و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- پوست، مو و ناخن:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: ماکول، پاپول، ندول و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- گوش و حلق و بینی:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: التهاب برده تمپان، اگزودای حلق با رگی، ترشح پشت حلق و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- دهان و دندان:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: بوی بد دهان، التهاب لثه، تغییر رنگ دندان ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- سر و گردن:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: بزرگی تیروئید، لنفادنوباتی گردنی و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- ریه:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: وضعیت ظاهری قفسه سینه، تانگی پته، کراکل و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- قلب و عروق:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: S1, S2 غیر طبیعی، صدای اضافی قلب، واریس اندام تحتانی و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.
- شکم و لگن:** انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: تندرنس شکمی، ریباند تندرنس، توده شکمی و ... و در صورت وجود هر گونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

کلیه و مجاری ادراری: انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: تندرست CVA و ... و در صورت وجود هرگونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

دستگاه تناسلی مردانه: انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: ناهنجاری آناتومیک، اسکار یا زخم مزمن، هیدروسل و ... و در صورت وجود هرگونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

دستگاه تناسلی زنانه: انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: ترشح غیر طبیعی، واژینیت، زگیل تناسلی و ... و در صورت وجود هرگونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

اسکلتی و عضلانی: انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: محدودیت حرکتی مفصل، قدرت عضلانی در اندام فوقانی، کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی و ... و در صورت وجود هرگونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

سیستم عصبی: انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: رفلکس زائویی غیر طبیعی، رفلکس آشبل غیرطبیعی، اختلال حسی اندام ها و ... و در صورت وجود هرگونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

روان: انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: هذیان، اختلال اوریئاتاسیون، توهم و ... و در صورت وجود هرگونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

حساسیت: انجام معاینات مربوطه و ثبت نشانه های موجود در فرد شاغل شامل: حساسیت های پوستی، گوارشی، تنفسی، چشمی و ... و در صورت وجود هرگونه نشانه بیماری، توضیحات مربوطه در سطر سوم درج شود.

۹. آزمایشات پاراکلینیکی مورد نیاز:

فرم شماره (۹) پس از گرفتن شرح حال، انجام معاینات بالینی و ارزیابی مواجهه با عوامل زبان آور محیط کار برای فرد شاغل تکمیل شده و آزمایشات درخواستی توسط پزشک معاین مشخص می شود.

توجه: در صورت نیاز به دیگر آزمایشات پاراکلینیکی همانند: سونوگرافی، سی تی اسکن، ام آر آی، رادیوگرافی و ... گزینه سایر موارد، انتخاب و آزمایش مورد نظر درج شود.

۱۰. آزمایشات^{۱۱}:

این فرم شامل آزمایشات روتین و اختصاصی پزشکی می باشد. ابتدا نوع آزمایش بر حسب مورد با توجه به سن، غلایم و نشانه های بالینی و مواجهات شاغل و بر اساس قضاوت بالینی پزشک، درخواست و در انتها لازم است نتایج مربوط به آن در هر ردیف نوشته شود. تاریخ انجام: ثبت تاریخ انجام آزمایش مطابق با برگه گزارش آزمایشگاه الزامی است.

CBC¹²: با شمارش سلول های خون که شامل:

WBC: گلبول های سفید خون

RBC: گلبول های قرمز خون

Hb: هموگلوبین

HCT: همانوکریت

PLT: پلاکت

U/A: یا آنالیز ادراری شامل:

Prot: پروتئین موجود در ادرار

GLu: قند موجود در ادرار

RBC: تعداد گلبول قرمز در ادرار در یک hpf (شان میکروسکوپی « میدان دید میکروسکوپی با بزرگنمایی 10/1)

WBC: تعداد گلبول سفید در ادرار

Bact: تعداد باکتری موجود در ادرار

❖ بدیهی است در صورت منفی بودن موارد فوق، باید کلمه منفی (Negative) قید گردد.

بیوشیمی خون و سایر آزمایشات شامل:

BG & RH: تعیین گروه خونی و RH

FBS: قند ناشتای صبحگاهی

Total chol: کلسترول توتال

LDL: کلسترول با دانسیته پایین

HDL: کلسترول با دانسیته بالا

TG: تری گلیسیرید

BUN: میزان ازت اوره خون

Creat: میزان کراتینین خون

ALT(SGPT): آلانین آمینو ترانسفراز

AST(SGOT): آسپاراتات آمینو ترانسفراز

ALK.Ph: آلکان فسفاتاز

HBS Ag: آنتی ژن سطحی هپاتیت B

HBS Ab: آنتی بادی سطحی هپاتیت B

HCV Ab: آنتی بادی هپاتیت C

S/E(O/B&O/P): آزمایش مدفوع (از نظر خون مخفی و تخم انگل)

PPD: تست پوستی سل (میزان ایندوراسیون قید شود) (۰ تا ۴/۹ میلیمتر مورد منفی - ۵ تا ۹/۹ میلیمتر مورد مشکوک - بیشتر از ۱۰ میلیمتر مورد مثبت می باشد.)

PSA: نوعی تومور مارکر بنام آنتی ژن اختصاصی پروستات (برحسب نیاز در مردان بالای ۴۰ سال)

AFP: نوعی تومور مارکر بنام پروتئین جنینی آلفا (برحسب نیاز در افراد بالای ۴۰ سال)

CEA: نوعی تومور مارکر بنام کارسینو آمبریوزتیک آنتی ژن (برحسب نیاز در افراد بالای ۳۵ سال)

POP SMEAR: بررسی سلول های دهانه رحم از لحاظ نوع سلول های پیش بدخیم و سرطانی

۱۱. واکسیناسیون:

در صورت نیاز به انجام واکسیناسیون طبق صلاحدید پزشک یا توجه به بیماریهای شایع واگیر دار قابل کنترل و همچنین موقعیت زمانی، مکانی و شغلی، نوع واکسن مشخص می شود.

توجه: فرم های شماره (۹ و ۱۰) توسط پزشک معاین تکمیل و در نهایت با قید تاریخ معاینه فرد شاغل مهر و امضاء می شوند.

۱۲. پاراکلینیک:

۱-۱۲-۱- اپتومتری (بینائی سنجی)

این تستها در صورت نیاز و بر حسب مورد بر اساس علائم و نشانه های بالینی، مواجهات شاغل و نوع شغل و ... با درخواست پزشک معاین انجام می شود.

حدت بینایی: متداولترین روش ارزیابی آن استفاده از تابلوی استلن می باشد. حدت بینایی در مورد چشم راست و چپ، با و بدون عینک و بر مبنای ۱۰/۱۰ سنجیده شده و نتیجه آن در محل مشخص شده ثبت گردد.

دید رنگی: متداولترین روش ارزیابی آن بررسی دید رنگی توسط تست ایچی هارا می باشد. بررسی دید رنگی برای چشم راست و چپ جداگانه انجام شده و نتیجه در محل مشخص شده بصورت طبیعی یا کوررنگ ثبت گردد.

میدان بینایی: متداولترین روش ارزیابی آن سنجش میدان بینایی شاغل نسبت به فرد معاینه کننده به روش Confrontation یا دستگاه Vision screener صورت گیرد و نتیجه برای چشم راست و چپ بصورت طبیعی یا غیرطبیعی در محل مشخص شده ثبت

گردد.

در صورتیکه هر کدام از پارامترهای ایتومتری دچار اختلال بود در قسمت تفسیر توضیح داده شود. در انتها نتیجه معاینه بینائی فرد توسط ایتومتریست مشخص و سپس مهر و امضاء شود.

۱۲-۲- اودیومتری یا شنوائی سنجی با استفاده از صوت خالص (PTA)^{۱۳}:

در این قسمت تست های شنوائی انتقال از راه هوا و انتقال از راه استخوان به تفکیک برای هر گوش با توجه به فرکانس های ذکر شده انجام و در نهایت تفسیر می گردد.

AC: Air Conduction (انتقال صوت از راه هوا)

BC: Bone Conduction (انتقال صوت از راه استخوان)

گفتار سنجی:

SRT- (Speech Reception Threshold): یا آستانه درک گفتار. سطحی است که فرد بتواند نیمی (۵۰ درصد) از کلمات دو سیلابی را تکرار نماید.

(SDS-Speech Discrimination Score): یا نمره تفکیک گفتار. در این آزمون با استفاده از یک لیست کلمات تک سیلابی و با شدت معادل ۴۰ دسی بل انجام می شود. افراد طبیعی ۹۵ تا ۱۰۰ درصد کلمات را به درستی تکرار می کنند.

در نهایت لازمست تفسیر نتایج اودیومتری توسط اودیولوژیست تکمیل شود.

توجه: ضمیمه کردن برگه اودیومتری شامل منحنی ها که دارای تفسیر و مهر و امضاء اودیولوژیست می باشد به پرونده معاینات فرد شاغل الزامی است.

❖ زمان مناسب برای انجام اودیومتری شغلی:

۱. حداقل ۱۶ ساعت قبل از انجام اودیومتری. فرد نباید یا اصوات غیر مجاز مواجهه داشته باشد.

۲. ضروری است اودیومتری حداکثر تا ۳۰ روز پس از استخدام انجام شود.

۳. به منظور شناسائی افراد حساس به صدا و تعیین اکت موقت شنوائی (TTS)^{۱۴} در این افراد می بایست اودیومتری در پایان زمان کاری انجام شود.

❖ افراد پرخطر:

منظور از افراد پرخطر افرادی هستند که بیشتر از افراد عادی در مواجهه با سروصدا در خطر ابتلا به کاهش شنوائی ناشی از صوت می باشند. این دسته از افراد حتی ممکن است در صداهای با شدت کمتر از ۸۵ دسی بل (TWA) نیز به کاهش شنوائی ناشی از

^{۱۳} . pure tone audiometry

^{۱۴} . Transient Threshold Shift

صوت مبتلا شوند و به همین دلیل بایش و مراقبت این افراد باید با دقت بیشتری صورت گیرد. مهمترین گروه های پر خطر در زیر فهرست شده اند:

1. افراد مبتلا به کاهش شنوایی حسی عصبی زمینه ای
 2. استعمال سیگار
 3. دیابت قندی کنترل نشده
 4. هیپرلیپیدمی
 5. مصرف آسپرین و آمینوگلیکوزیدها
 6. مواجهه همزمان با ارتعاش
 7. مواجهه همزمان صوت و برخی مواد شیمیایی (بویزه تولوئن، گزپلن، استایرن و تری کلرواتیلن)
- ۱۲-۳- اسپیرومتری

PEF: حداکثر میزان جریان بازدم می باشد و در مراحل بسیار ابتدائی مانور بازدم بر فشار رخ می دهد.

FEV₁: حجم هوایی است که در ثانیه اول یک بازدم فعال و بر فشار بعد از یک دم عمیق انجام می شود و بر اساس درصد بیان می شود.

FVC: کل حجم هوای خارج شده طی یک بازدم عمیق بلافاصله بعد از یک دم عمیق است و بر اساس درصد بیان می شود.

FEV₁/FVC: عبارتست از کسری از ظرفیت حیاتی که می توان آن را در ثانیه اول در طی بازدم از ریه خارج کرد یا به عبارت دیگر نسبت FEV₁ به FVC است. و بر حسب درصد بیان می شود.

VEVT: حجم هوای خارج شده از ریه قبل از بازدم (بین دم و بازدم) است.

FEF_{25-75%}: متوسط جریان بازدمی در نیمه مانور FVC است و بر اساس لیتر بر ثانیه (L/S) بیان می شود.

تفسیر نتایج اسپیرومتری: در این قسمت تفسیر نتایج هر کدام از شاخص های مربوط به اسپیرومتری که در بالا ذکر شده است آورده می شود.

توجه: ضمیمه کردن برگه اسپیرومتری دارای تفسیر و مهر و امضاء افراد مجاز (متخصصین طب کار و داخلی، فوق تخصصهای ریه، آسم و آلرژی و جراحی توراکس) به پرونده معاینات فرد شاغل الزامی است.

توجه: در پایان تکمیل هر یک از فرم های مربوط به آزمایشات پاراکلینیکی (اینومتری، اودیومتری و اسپیرومتری) لازم است، نام و نام خانوادگی، تاریخ معاینه و مهر و امضاء کارشناس مربوطه قید شود.

۱۳. سایر اقدامات پاراکلینیکی:

- رادیوگرافی قفسه سینه^{۱۵} در نمای P.A (خلفی- قدامی): در صورت داشتن علائم ریوی و بنا به درخواست پزشک معاین با ذکر تاریخ درخواست، انجام و لازم است در قسمت یافته ها، نتایج بدست آمده نوشته شود.
 - الکتروکاردیوگرافی (EKG)^{۱۶}: در صورت داشتن علائم قلبی- عروقی و بنا به درخواست پزشک معاین با ذکر تاریخ درخواست، انجام و لازم است در قسمت یافته ها، نتایج بدست آمده نوشته شود.
 - ماموگرافی^{۱۷}: برای زنان بالای ۳۵ سال بنا به درخواست پزشک معاین با ذکر تاریخ درخواست، انجام و لازم است در قسمت یافته ها، نتایج بدست آمده نوشته شود.
 - در صورت نیاز و بنا به نظر پزشک معاین و با توجه به نوع مواجهه با عوامل زبان آور و علائم بالینی سایر اقدامات پاراکلینیکی مانند انواع رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن یا MRI و ... درخواست شده و نتایج آن در قسمت مربوطه با ذکر تاریخ ثبت شود.
- توجه: لازمست این فرم توسط پزشک معاین برای فرد شاغل تکمیل و در پایان انجام آن، نام و نام خانوادگی، تاریخ معاینه و مهر و امضاء پزشک معاین قید شود.

۱۴. بررسی وضعیت بهداشت روان:

در فرم شماره (۱۴) علائم و نشانه های مربوط به مسائل بهداشت روان توسط کارشناس روانشناسی در فرد شاغل با توجه به تست اصلاح شده SCL-90 بررسی و نمره دهی می شود.

تعاریف مربوط به علائم بهداشت روان:

SOM شکایات جسمانی

O-C: وسواس فکری- عملی

INT حساسیت در روابط متقابل

DEP افسردگی

ANX: اضطراب

HOS: خصومت

PHOBY: ترس مزمن

PAR: پارنویا

^{۱۵} . CHEST X- RAY

^{۱۶} . Electrocardiogram

^{۱۷} . MAMOGRAPHY

PSY سایکوتیک

GSI: ضریب کلی علائم فرضی

PST: ضریب علائم فرضی

PSDI: معیار ضریب ناراحتی

توجه: یا توجه به نتایج بدست آمده از این فرم، آزمون فوق توسط کارشناس روانشناسی تفسیر و در پایان، نام و نام خانوادگی، تاریخ معاینه و مهر و امضاء کارشناس روانشناسی قید شود.

۱۵. ارجاع تخصصی:

علت ارجاع:

در صورتی که پزشک معاین در بررسی فرد شاغل نیاز به مشاوره با سایر پزشکان متخصص را ضروری دانست، فرد را جهت بررسی بیشتر ارجاع داده، تاریخ انجام معاینه، علت ارجاع و نوع تخصص پزشک مورد ارجاع را در محل تعیین شده ثبت نموده و پس از دریافت نتیجه ارجاع، آن را در محل مورد نظر (نتیجه مشاوره) قید نماید.

شرح حال:

لازمست این قسمت از فرم پس از انجام معاینات و آزمایشات فرد شاغل توسط پزشک اعزام کننده، تکمیل، مهر و امضاء شود.

تشخیص بیماری، درمان و توصیه های پزشک متخصص:

لازمست این قسمت از فرم پس از انجام معاینات و آزمایشات توسط پزشک متخصص، تکمیل، مهر و امضاء شود.

۱۶. نتیجه گیری نهایی:

نظریه نهایی پزشک متخصص طب کار در خصوص ادامه کار شاغل یا رد آن است. این فرم توسط پزشک متخصص طب کار تکمیل شود.

۱۶-۱- نتیجه ارجاعات تخصصی:

نوع تخصص: در این ستون تمامی انواع ارجاعات تخصصی برای فرد شاغل با توجه به زمان ارجاع نوشته شود.

نتیجه مشاوره: نتایج مربوط به هر ارجاع توسط پزشک معاین بطور کامل و با توجه به زمان ارجاع نوشته شود.

۱۶-۲- اظهار نظر نهایی:

قسمت الف): در صورتی که هیچ گونه شواهد کلینیکی و پاراکلینیکی برای منع ادامه کار فرد وجود نداشته باشد این قسمت علامت زده می شود.

قسمت ب) : در صورتیکه فرد معاینه شده با رعایت شروط خاصی بتواند به کار فعلی ادامه دهد، این قسمت علامت زده شده و پزشک متخصص طب کار /سلامت شغلی شروط را ذکر نماید بطور مثال فرد مبتلا به عیوب انکساری است و کار وی جزء کارهای دقیق محسوب می شود بنابراین بطور مشروط می تواند به کار ادامه دهد و شرط آن نیز استفاده از عینک طبی مناسب می باشد.

قسمت ج) : در صورتیکه فرد معاینه شده بدلیل عارضه یا بیماری خاصی نتواند در شغل پیشنهادی یا فعلی به کار مشغول باشد در اینصورت به کمیسیون راهنمای شغلی ارجاع می شود.

تاریخ و نتیجه شورای راهنمای شغلی:

در صورتیکه بند (ج) علامت زده شود می بایست فرد شاغل توسط پزشک معاین به شورای راهنمای شغلی معرفی و پس از تشکیل شورا، نتایج اخذ شده عیناً به همراه تاریخ انجام شورا قید شود.

تذکره ۱: در صورت نیاز به ارجاع، اعلام نظریه نهایی منوط به مشخص شدن نتیجه ارجاع خواهد بود.

تذکره ۲: ارجاع به سایر پزشکان تنها جنبه مشورتی در مورد یک مشکل خاص داشته و در نهایت ارائه نظریه نهایی برعهده پزشک متخصص طب کار /سلامت شغلی مسئول پرونده خواهد بود.

مستندات

- فصل چهارم قانون کار جمهوری اسلامی ایران (شامل مواد قانونی ۸۵ تا ۹۵)
- دستورالعمل اجرایی آئین نامه معاینات سلامت شغلی مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دستورالعمل اجرایی آئین نامه معاینات سلامت شغلی وزارت نفت
- دستورالعمل اجرایی آئین نامه معاینات سلامت شغلی وزارت دفاع