

.....
*Pieczęć, nazwa i adres
podmiotu sporządzającego kartę*

KARTA OCENY NARAŻENIA ZAWODOWEGO W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM CHOROBY ZAWODOWEJ

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

1. Imię i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada
4. Adres zamieszkania
5. Aktualna sytuacja zawodowa: PRACOWNIK / EMERYT / RENCISTA / BEZROBOTNY**
Inna forma wykonywanej pracy
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)
Pełna nazwa:
- Adres:
- Numer ewidencyjny REGON
7. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy postępowanie
- Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.
.....
8. Kto zgłosił podejrzenie choroby zawodowej:
.....

9. Wywiad zawodowy **

OKRESY ZATRUDNIENIA OD – DO	STANOWISKO PRACY	PRACODAWCA	CHARAKTERYSTYKA NARAŻENIA (czynniki szkodliwe/uciążliwe)	DANE O NARAŻENIU (WYNIKI POMIARÓW)

10. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej:

Pełna nazwa:

Adres:

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 badań oraz pomiarów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy w okresie zatrudnienia pracownika (z datą pomiarów lub najczęściej stwierdzane; jeżeli podejrzenie dotyczy choroby wywołanej czynnikami biologicznymi, uczulającymi lub rakotwórczymi, należy podać dane, o których mowa w przepisach w sprawie chorób zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3-6 i § 1¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy).

.....

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 lub narządu organizmu ludzkiego:

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

c) pozycja ciała podczas wykonywania czynności, o których mowa w lit. a i b?

.....
.....

d) czy stanowisko pracy było dostosowane pod względem ergonomicznym do wykonywania czynności, o których mowa w lit. a i b?

.....
.....

e) organizacja pracy (np. zmianowość, przerwy w pracy)

.....
.....

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

.....

16. Opis środków profilaktycznych podejmowanych przez pracodawcę w związku z narażeniem zawodowym:

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

17. Czy u pracodawcy były przeprowadzane kontrole warunków pracy?

a) kto przeprowadzał? (*państwowy inspektor pracy, państwowy/powiatowy/graniczny/wojewódzki inspektor sanitarny, państwowy inspektor sanitarny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej – Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012r. poz. 460, komendant/inspektor wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej* *)

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

b) kiedy?

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

c) charakterystyka wydanych decyzji

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

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

a) kto wykonywał badania (nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego 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 zatrudnienia lub wykonywania pracy niż podane w pkt 10? Jeżeli **TAK**, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć charakterystykę pkt 10-18 na odrębnym formularzu).

.....
*Czytelny podpis osoby (osób)
przeprowadzającej (-ych) 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.