



## 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 <sup>\*\*\*)</sup>

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

<sup>\*)</sup> Niepotrzebne skreślić.

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

<sup>\*\*\*)</sup> Wypełnić w przypadku, gdy podejrzenie dotyczy choroby wywołanej sposobem wykonywania pracy.