

فرم خود اظهاری در معاینات پزشکی کارکنان بهداشت و درمان

توسط پرسشگر (پزشک و یا پرستار) تکمیل گردد

این فرم صرفاً برای انجام معاینات دوره ای کارکنان شاغل در واحدهای بهداشتی درمانی می باشد و شامل کارکنان حراست ،
اداری ،آشپزخانه، انبار و تعمیرات نمی شود.

نام و نام خانوادگی :

کد ملی یا شماره پرسنلی :

فرم زیر را به دقت مطالعه و تکمیل نموده و در صورت جواب (بله) در مقابل آن توضیح دهید :

ردیف	سابقه بیماری	بله	خیر	توضیحات
۱	سابقه کمر درد (به ویژه در کارکنان بخش ها ، اورژانس ، اتاق عمل ، رادیولوژی ، فیزیوتراپی و پرسنل خدمات)			
۲	سابقه علائم درماتیت تماسی ، کپیر ، آنژیوادم و آنافیلاکسی (به ویژه در محیط کار)			
۳	سابقه درماتیت مزمن یا راجعه			
۴	سابقه خس خس سینه ، نفس تنگی و سرفه (به ویژه در محیط کار)			
۵	سابقه پارستزی ، کرختی و سوزن سوزن شدن انتهای اندامها(به ویژه اطاق عمل و CSR)			
۶	سابقه بیماری کبدی و زردی			
۷	سابقه سقط مکرر خود به خودی ، ناهنجاری مادر زادی ، ناباروری و یا کم باروری (در کارکنان زن اطاق عمل ، کارکنان مرد فیزیوتراپی و CSR)			
۸	سابقه بیماری عروقی قلبی (کوروئری) (مخصوصاً در نوبتکاران و شب کاری)			
۹	سابقه دیابت وابسته به انسولین (مخصوصاً در نوبتکاران و شب کاری)			
۱۰	سابقه تشنج و صرع (مخصوصاً در نوبتکاران و شب کاری)			
۱۱	سابقه اختلالات شدید قاعدگی (مخصوصاً در نوبتکاران و شب کاری)			
۱۲	سابقه بیماریهای اعصاب و روان مثل افسردگی (مخصوصاً در نوبتکاران و شب کار)			
۱۳	سابقه اختلالات مزمن خواب (مخصوصاً در نوبتکاران و شب کاری)			
۱۴	بیماری فعال گوارشی ، کبدی و پانکراس (مخصوصاً در نوبتکاران و شب کاری)			
۱۵	سابقه واکسیناسیون MMR در کارکنان زن			
۱۶	سابقه واکسیناسیون هپاتیت B			
۱۷	سابقه واکسیناسیون td بزرگسالان			

اینجانب

صحت اظهارات خود را تأیید نموده و مسئولیت قانونی و عواقب

درج اطلاعات نادرست را برعهده می گیرم . /

تاریخ

امضاء

اثر انگشت