

.....

.....

(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 wykonywania pracy
6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)
Pełna nazwa
- Adres
- Numer identyfikacyjny 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 1974 r. – 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 1974 r. – 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 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2), komendant/inspektor wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej)^{*)}?
.....
b) kiedy?
c) charakterystyka wydanych decyzji
18. Czy pracownik miał wykonywane 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.