**ZAŁĄCZNIK Nr  4**

WZÓR

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

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

(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 2024 r. poz. 416), 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.