

(nazwa i adres podmiotu sporządzającego kartę)

Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej

Postępowanie przeprowadzone w dniur. 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 § 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. zmienowość, 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 pracy 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 oraz 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 niż przedstawione w pkt. 10?
Jeżeli **tak**, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć charakterystykę z 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.