

## **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 \*\*):

Okres zatrudnienia od-do	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	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 stwierdzone; 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 § 1<sup>1</sup> 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, komendant/inspektor wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej<sup>\*)</sup>?)

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