**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

(pieczęć, 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:

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…………………………………………………………….

1. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika):  
   Pełna nazwa: ......................................................

Adres ......................................................

Numer identyfikacyjny REGON:

1. 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

………………………………………………………………………………………………

1. Kto zgłosił podejrzenie choroby zawodowej:

1. Wywiad zawodowy\*\*)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Okresy zatrudnienia  od - do | Stanowisko pracy | Pracodawca | Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe) | Dane o narażeniu (wyniki pomiarów) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej będące powodem zgłoszenia choroby zawodowej  
   Pełna nazwa…………………………………………………………………………………

Adres………………………………………………………………………………………...

Numer identyfikacyjny REGON……………………………………………………………

1. Stanowisko pracy, wydział, oddział:

………………………………………………………………………………………………

1. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności):

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

1. 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)

……………………………………………………………………………………………...

1. Sposób wykonywania pracy \*\*\*)
   1. 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)

* 1. chronometraż czynności powodujących nadmierne obciążenie określonego układu lub narządu organizmu ludzkiego:

* 1. pozycja ciała podczas wykonywania czynności, o których mowa w lit. a i b

…………………………………………………………………………………………..

* 1. czy stanowisko pracy było dostosowane pod względem ergonomicznym do wykonywania, czynności, o których mowa w lit. a i b:
  2. organizacja pracy (np. zmianowość, przerwy w pracy)………………………………...

1. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:
2. Opis środków profilaktycznych podejmowanych przez pracodawcę w związku z narażeniem zawodowym:
3. Czy u pracodawcy były przeprowadzane kontrole warunków pracy?

………………………………………………………………………………………………

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 z 2012 r. poz. 460), komendant/inspektor wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej)\*)   
kiedy?   
charakterystyka wydanych decyzji:

1. Czy pracownik miał wykonywane badania profilaktyczne w okresie zatrudnienia w narażeniu?   
   1. kto wykonywał badania(nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego badania)?

* 1. czy były orzekane przeciwwskazania do wykonywania pracy?

* 1. czy pracownik korzystał z urlopów dla poratowania zdrowia (kiedy, ile razy)?

1. Czy pracownik wykonywał pracę w narażeniu na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej, w innym miejscu 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 (-cych)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*