

ORZECZENIE

WOBEC BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH - ZDOLNY(A) DO PODJĘCIA/WYKONYWANIA* PRAC W PROCESIE PRODUKCJI I OBROTCIE ŻYWNOŚCIĄ

DATA NASTĘPNEGO BADANIA:

--	--	--	--	--	--	--	--

WOBEC PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH - NIEZDOLNY(A) DO PODJĘCIA / WYKONYWANIA* PRAC W PROCESIE PRODUKCJI I W OBROTCIE ŻYWNOŚCIĄ

TRWALE

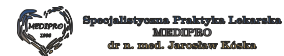
CZASOWO NA OKRES

.....
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA UPRAWNIONEGO

KARTA BADANIA SANITARNO EPIDEMIOLOGICZNEGO

DATA ZAŁOŻENIA KARTY

--	--	--	--	--	--	--	--



DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY OBJĘTEJ BADANIEM

.....
IMIE I NAZWISKO

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
ADRES ZAMIESZKANIA

DANE IDENTYFIKACYJNE MIEJSCA PRACY

.....
NAZWA I ADRES ZAKŁADU PRACY

REGON

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
ZAJMOWANE STANOWISKO

SKIEROWANIE OD PRACODAWCY ZAŁĄCZONE

TAK

NIE

ZAŁĄCZONA CHARAKTERYSTYKA PRAC W PROCESIE PRODUKCJI I W OBROTCIE ŻYWNOŚCIĄ, KTÓRE MA WYKONYWAĆ LUB WYKONUJE OSOBA PODDAWANA BADANIOM

TAK

NIE

WYWIAD ZAWODOWY

LP	NAZWA ZAKŁADU PRACY	STANOWISKO	OKRES ZATRUDNIENIA (LATA)	CZYNNIKI SZKODLIWE (TAK/NIE)	PRACA Z ŻYWNOSCIĄ (TAK/NIE)

WYWIAD

NAZWA STANU CHOROBOWEGO	TAK	NIE
OSTRE I PRZEWLEKŁE ROPNE ZAPALENIE OSKRZELI LUB JAMY NOSOWEJ I GARDŁA, ROZSTRZENIE OSKRZELI, PRZEWLEKŁA OBTURACYJNA CHOROBA PŁUC,		
PRZEWLEKŁY ALERGICZNY NIEŻYT BŁONY ŚLUZOWEJ NOSA,		
ROPNE ZAKAŻENIA SKÓRY, NIEZALEŻNIE OD ICH LOKALIZACJI, WYWOŁANE PRZEZ GRONKOWCA ZŁOCISTEGO /CZYRAK, CZYRAK GROMADNY, CZYRACZNOŚĆ, FIGÓWKA GRONKOWCOWA/ ORAZ PAŁECZKĘ ROPY BŁĘKITNEJ,		
ZMIANY ZAPALNE SKÓRY WYWOŁANE PRZEZ CZYNNIKI ALERGOGENNE /OSTRY WYPRYSK KONTAKTOWY RĄK, TWARZY/ POWIKŁANY WTRÓRNĄ INFЕКCJĄ BAKTERYJNĄ, ZWŁASZCZA GRONKOWCOWĄ,		
INFЕКCJE GRZYBICZE SKÓRY GŁADKIEJ, ZWŁASZCZA DŁONI, GRZYBICA PAZNOKCI, SKÓRY OWŁOSIONEJ I DRÓG ODDECHOWYCH,		
ZMIANY CHOROBOWE W OBRĘBIE PŁYTEK PAZNOKCIOWYCH I WALKÓW PAZNOKCIOWYCH WYWOŁANE PRZEZ INFЕКCJĘ DROŻDŻAKÓW ORAZ ŁUSZCZYCA PAZNOKCI,		
KROSTKOWICA DŁONI ORAZ ZMIANY CHOROBOWE O CHARAKTERZE CIĄGLEGO KROSTKOWEGO ZAPALENIA OPUSZEK PAŁCÓW RĄK /ACRODERMATITIS CONTINUA HALLOPEAU/,		
ZMIANY W SKÓRZE, SZCZEGÓLNIE NA RĘKACH, WYSTĘPUJĄCE W PRZEBIEGU KILY WCZESNEJ OBJAWOWEJ,		
PRZETOKI KAŁOWE I PRZETOKI UKŁADU MOCZOWEGO ORAZ TRACHEOSTOMIA,		
STANY CHOROBOWE PRZEBIEGAJĄCE Z PRZEWLEKŁYMI BIEGUNKAMI ORAZ PRZEBIEGAJĄCE Z NIETRZYMIANIEM MOCZU LUB STOLCA,		
STANY NARUSZENIA CIĄGŁOŚCI POWŁOK W OKRESIE GOJENIA,		
UCZULENIE NA ŚRODKI SPOŻYWCZE,		
STAŁE LUB OKRESOWE NOSICIELSTWO PAŁECZEK JELITOWYCH.		

WZROST	CM.	WAGA	KG.	CIŚNIENIE KRWI	/
---------------	------------	-------------	------------	-----------------------	----------

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE, PRZECHOWYWANIE I UDOSTĘPNIANIE MOICH DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENTACJI ZGODNIE Z PRZEPISAMI, NA PODSTAWIE KTÓRYCH PRZEPROWADZANE SĄ BADANIA (DODATKOWE INFORMACJE NA STRONIE: WWW.MEDIPRO.PL)

.....

PODPIS OSOBY BADANEJ

BADANIE PRZEDMIOTOWE I PODMIOTOWE

NARZĄD	NORMA	PAT.	OPIS PATOLOGII
SKÓRA			
CZASZKA			
WĘZŁY CHŁONNE			
GAŁKI OCZNE			
WZROK			
SŁUCH			
NOS			
JAMA USTNO-GARDŁOWA			
ZĘBY			
SZYJA			
KLATKA PIERSIOWA			
PŁUCA			
UKŁAD SERCOWO NACZYNIOWY			
BRZUCH			
WĄTROBA I PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY			
SLEDZIONA			
TRZUSTKA			
UKŁAD MOCZOWY			
UKŁAD RUCHU			
UKŁAD NERWOWY			
STAN PSYCHICZNY			

RBC	WBC	HT	HB	PLYTKI	CHOLE.	TG	GLUKOZA	ASPAT	ALAT

KONSULTACJE SPECJLISTYCZNE

LP	DATA	SPECJALISTA	ROZPOZNANIE

ZAKRES BADAŃ POSZERZONY

TAK

NIE

ROZPOZNANIE::

.....
