WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY

4

PRACY

Centrum Profilaktyczno - Lecznicze w Lublinie

20-701 Lublin, ul. Nałęczowska 27

 tel. (81) 533–00–34

Oznaczenie placówki dydaktycznej (pieczęć, nadruk lub naklejka, zawierająca nazwę, adres,

NIP, Regon)

# SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE

**do WOMP CP – L w Lublinie**

Stosownie do przepisów:

* ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1175, z późn. zm.)
* rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019, poz. 1651).

# Kieruję na badania lekarskie:

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

(imię/imiona i nazwisko)

…………………………………………….

(data urodzenia)

PESEL .................................................

(w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

* + kandydata\*/ ucznia\* szkoły ponadpodstawowej
	+ kandydata\*/słuchacza\* kwalifikacyjnych kursów zawodowych (badanie bezpłatne

do 18 r.ż.)

* + kandydata do szkoły wyższej\*, studenta\*
	+ doktoranta

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

(zakres kształcenia)

# W trakcie:

* + praktycznej nauki zawodu \*
	+ studiów \*
	+ kwalifikacyjnych kursów zawodowych \*
	+ kształcenia doktorantów \*

wyżej wymieniony/a będzie\* jest\* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/stażu uczniowskiego, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych lub studiów doktoranckich:

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

\* **właściwe podkreślić**

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

pieczęć (nadruk lub naklejka)

imię, nazwisko i własnoręczny podpis

kierującego na badania lekarskie

Lublin, dnia...............................................

**Imiq i nazwisko osoby badanej:** ……………………………………………………………………………………………………………

**BADANIE PODMIOTOWE**

**Skargi badanego(ej):** …………………………………………….…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** | **Opis** |
| Urazy czaszki |  |  |  |
| Urazy układu ruchu |  |  |
| Omdlenia |  |  |
| Padaczka |  |  |
| Inne choroby układu nerwowego |  |  |
| Choroby psychiczne |  |  |
| Cukrzyca |  |  |
| Choroby narzgdu słuchu / głosu |  |  |
| Choroby narzgdu wzroku |  |  |
| Choroby układu krwiotwórczego |  |  |
| Choroby układu krgzenia |  |  |
| Choroby układu oddechowego |  |  |
| Choroby układu pokarmowego |  |  |
| Choroby układu moczowo - płciowego |  |  |
| Choroby układu ruchu |  |  |
| Choroby skóry / uczulenia |  |  |
| Choroby zakazne / pasozytnicze |  |  |
| Wywiad ginekologiczno – połozniczy(miesigczka, cigza, leki hormonalne) |  |  |
| Wywiad rodzinny◆ |  |  |  |
| Inne problemy zdrowotne |  |  |  |
| Palenie tytoniu |  |  | W przeszłosci: | Obecnie: |
| Inne uzywki |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Subiektywna ocena stanu zdrowia** | Bardzo dobre |  | Dobre |  | Raczej dobre |  | Raczej słabe |  | Słabe |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Tak** | **Nie** | **Opis - uwagi** |
| Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakie ? Kiedy ? |  |  |  |
| Czy jest pod opiekg poradni specjalistycznej ? Jakiej ? |  |  |  |
| Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ? |  |  |  |

**Oswiadczam, ze zrozumiałem(am) tress zadawanych pytan i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdq**.

……………………………….. (podpis badanego)

…………………………………………………………………………………… (podpis i pieczgtka osoby przeprowadzajgcej badanie podmiotowe)

* W szczególnosci pod kgtem wyst9powania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadcisnienia t9tniczego i nowotwo