

.....

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu sporządzającego kartę)

Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej

Postępowanie przeprowadzone w dniu 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 PKD

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 i § 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) chronomierz 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 (Dz. U. z 2011r. Nr 212, poz. 1263 oraz z 2012r. poz. 460 i 892 oraz z 2013r. 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 lub wykonywania pracy niż podane w pkt 10? Jeżeli tak, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć charakterystykę pkt 10-18 na odrębnym formularzu)-.....

.....
.....

.....
(podpis i pieczętka)

.....
(pieczętka zakładu pracy)

.....
(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.