

Karta medycyny pracy

Dane osobowe podane w formularzu będą przetwarzane zgodnie z [polityką prywatności](#) Centrum Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o..

Karta badania profilaktycznego

Rodzaj badania profilaktycznego*

- Wstępne Okresowe Kontrolne

Pozostała działalność profilaktyczna*

- Monitoring stanu zdrowia Badania celowane Czynne poradnictwo Inne

Objęty opieką*

- Pracownik Wykonujący pracę nakładczą Pobierający naukę Na własny wniosek

Numer formularza rekrutacyjnego*

WPISZ NUMER FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

Imię*

IMIĘ STUDENTA

Nazwisko*

NAZWISKO STUDENTA

Numer telefonu*

TU WPISZ NUMER TELEFONU AKTUALNY

Płeć*

- Mężczyzna Kobieta

Identyfikator*

TU WPISZ PESEL

Numer PESEL o ile został nadany, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia.

Ulica*

TU WPISZ ADRES ZAMIESZKANIA LUB ZAMELDOWANIA

Numer domu*

TU WPISZ NUMER DOMU

Kod pocztowy*

TU WPISZ KOD POCZTOWY

Miasto*

TU WPISZ MIASTO ZAMIESZAKANIA LUB ZAMELDOWANIA

Województwo*

Pomorskie

Kraj*

POLSKA

Zawód wykonywany bądź wyuczony

STUDENT

Dane identyfikacyjne miejsca pracy lub pobierania nauki

Nazwa*

Gdański Uniwersytet Medyczny

Adres*

Marii Skłodowskiej-Curie 3a

Kod pocztowy*

80-210

Skierowanie od pracodawcy lub placówki dydaktycznej*

Tak Nie

W razie braku skierowania od pracodawcy lub placówki dydaktycznej i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy / nauki*

Tak Nie

Wyniki pomiarów czynników szkodliwych*

Tak Nie

Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy lub nauki*

Tak Nie

Dotychczasowe zatrudnienie, dotychczasowa praktyczna nauka zawodu lub studia doktoranckie.

Nazwa i adres pracodawcy lub placówki dydaktycznej.	Stanowisko pracy lub nauki.	Okres zatrudnienia lub nauki.	Czynniki szkodliwe lub uciążliwe.	Okres zatrudnienia lub nauki w narażeniu.
PRACA JEŚLI	BYŁA			

Czy w przebiegu pracy zawodowej stwierdzono chorobę zawodową?*

Tak Nie

Czy w przebiegu pracy zawodowej lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?*

Tak Nie

Czy w przebiegu pracy zawodowej badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?*

Tak Nie

Czy w przebiegu pracy zawodowej przyznano świadczenie rentowe?*

Tak Nie

Czy w przebiegu pracy zawodowej orzeczono stopień niepełnosprawności?*

Tak Nie

Kiedy?

JEŚLI POSIADASZ STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WPISZ TU.

Stopień niepełnosprawności

Stopień niepełnosprawności

Stopień, przyczyna (symbol niepełnosprawności).

Pole wymagane

Badanie podmiotowe

Skargi badanego(ej).

WPISAĆ AKTUALNE SKARGI NA ZDROWIE LUB " BRAK" W PRZYPADKU NIEWYSTĘPOWANIA

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej): WPISAĆ AKTUALNE SKARGI NA ZDROWIE LUB " BRAK" W PRZYPADKU NIETYTUŁOWANIA

	Tak/Nie	Opis
Urazy czaszki	Tak	URAZY GŁOWY W PRZESZŁOŚCI WRAZ Z EWENTUALNYMI NASTĘPSTAWAMI, TYPU: UTRATA PRZYTOMNOŚCI, ROZCIĘCIE SKÓRY GŁOWY.
Urazy układu ruchu	Tak	PODAJEMY ZŁAMANIA KOŃCZYN I KRĘGOSŁUPA, TAKŻE W DZIECIŃSTWIE, ZERWANIA WIĘZADEŁ, SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA STAWÓW.
Omdlenia	Tak	PODAĆ W JAKIEJ SYTUACJI WYSTĄPIŁA KRÓTKOTRWAŁA UTRATA PRZYTOMNOŚCI, ILE BYŁO TAKICH EPIZODÓW W ŻYCIU, EWENTUALNE NASTĘPSTWA.
Padaczka	Nie	
Inne choroby układu nerwowego	Tak	PRZYKŁADY: MIGRENA, ZAPALENIA, PORAŻENIA NERWÓW, RWA KULSZOWA, STAWRDNIENIE ROZSIANE, NEUROPATIA, ZESPÓŁ CIEŚNI NADGARSTKA
Choroby psychiczne	Tak	DEPRESJA, NERWICA, SCHIZOFRENIA, ZABURZENIA OSOBOWOŚCI, ADHD, LECZENIE U PSYCHIATRY/PSYCHOLOGA.
Cukrzyca	Tak	TYP, OD KIEDY, METODA LECZENIA (TABLETKI, INSULINA, POMPA), SYSTEM CIĄGŁEGO MONITOROWANIA GLIKEMII (CGM)
Choroby narządu słuchu/choroby narządu głosu	Tak	NEDOSŁUCH, APARAT SŁUCHOWY, CHRYPKA, BEZGŁOS.
Choroby narządu wzroku	Tak	WADA WZROKU: KRÓTKOWZROCZNOŚĆ, NADWZROCZNOŚĆ, ASTYGMATYZM: JASKRA, ZAĆMA, OPERACJE OCZU, KOREKCJA OKULAROWA/SOCZEWKOWA NA STAŁE/OKRESOWO/ DO BLIŻY/DO DALI.
Choroby układu krwiotwórczego	Tak	BIAŁACZKI, CHŁONIAKI, SZPICZAK, ANEMIA Z NIEDOBORU ŻELAZA/KWASU FOLIOWEGO/WITAMINY B12, MAŁOPŁYTKOWOŚĆ.
Choroby układu krążenia	Tak	NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, WADY SERCA, ARYTMIE, CHOROBA WIEŃCOWA, NIEWYDOLNOŚĆ SERCA, ŻYLAKI.
Choroby układu oddechowego	Tak	ASTMA OSKRZEŁOWA, POCHP, ROZEDMA, SARKOIDOZA, PYLICA.
Choroby układu pokarmowego	Tak	NADŻERKI I WRZODY ŻOŁĄDKA/DWUNASTNICY, REFLUKS, ZAPALENIE TRZUSTKI, KAMICA ŻÓŁCIOWA, STŁUSZCZENIE WĄTROBY, UCHYŁKI/POLIPY JELITA GRUBEGO.
Choroby układu moczowo-płciowego	Tak	KAMICA MOCZOWA, PRZEROST PROSTATY, MIĘŚNIAKI I POLIPY MACICY, TORBIELE JAJNIKA, ENDOMETRIOZA, PCOS, NOWOTWORY.
Choroby układu ruchu	Tak	ZWYRODNIENIA STAWÓW (KOLANA, BIODRA), DYSKOPATIE KRĘGOSŁUPA.
Choroby skóry/uczulenia	Tak	PRZYKŁADY: ŁUSZCZYCA, TRĄDZIK, ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY, USUWANE ZNAMIONA, PODAĆ UCZULENIA NA PYŁKI, LEKI, SZCZEPIONKI, INNE.
Choroby zakaźne/pasożytnicze	Tak	WZW, HIV, COVID-19, INNE, SZCZEPIENIE WZW typu B- TAK/NIE
Wywiad ginekologiczno-położniczy	Tak	PRZEBIEG MIESIĄCZKOWANIA, ILOŚĆ CIĄŻ I PORODÓW (CIĘCIE CESARSKIE, SIŁAMI NATURY) LEKI

(miesiączka, ciąża, leki hormonalne)		HORMONALNE.	
Wywiad rodzinny ¹	Tak	W SZCZEGÓLNOŚCI POD KĄTEM WYSTĘPOWANIA ALERGII, ASTMY OSKRZELOWEJ, CUKRZYCY, CHOROBY PSYCHICZNEJ, CHOROBY SERCA, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO I NOWOTWORÓW, U RODZICÓW, RODZEŃSTWA, DZIECI.	
Inne problemy zdrowotne	Tak	NOWOTOWRY, CHOROBY TARCZYCY, HIPERCHOLESTEROLEMIA, NADCZYNNOSĆ/NIEDOCZYNNOSĆ TARCZYCY, GUZKI TARCZYCY, OTYŁOŚĆ, INSULINOOPORNOŚĆ.	
Palenie tytoniu	Nie	W przeszłości: dziennie.	Obecnie: dziennie.
Inne używki	Nie		

¹ zwłaszcza alergie (astma), cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory

Imię i nazwisko osoby badanej:

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Bardzo dobre
---------------------------------	---------------------

	Tak/Nie	Opis - uwagi
Czy badana(y) przebył(a) zabieg/i operacyjny/e? Jakiej? Kiedy?	Tak	OPERACJE W PRZESZŁOŚCI, TAKŻE W DZIECIŃSTWIE - PODAĆ ROK.
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	Tak	WPISAĆ.
Czy badana(y) przyjmuje leki? Jakiej?	Tak	WPISAĆ

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
Podpis badanego