** باسمه تعالی**

**فرم گزارش موارد ارجاع و بیماری معاینات سلامت شغلی**

**نام کارگاه / واحد کاری : ....................................................... تعداد شاغلین : ........... تعداد شاغلین معاینه شده : ...........**

 **نشانی و تلفن : .......................................................................................................... تاریخ انجام معاینات : ................................**

**نام کارشناس بهداشت حرفه ای واحد کاری : ................................................ موبایل : ...................................**

**الف ) موارد ارجاع**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی شاغل****( ارجاع شده )** | **کدملی** | **عنوان شغلی** | **محل کار****( نام زیر واحد کاری )** | **شرح ارجاع** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**الف ) موارد بیماری ( مطابق آمار 3-111)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی شاغل****( دارای بیماری شغلی )** | **کدملی** | **عنوان شغلی** | **محل کار****( نام زیر واحد کاری )** | **نوع بیماری شغلی** **و شرح نظریه نهایی** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**سایر توضیحات : ....................................................................................................................................................................**

**.............................................................................................................................................................................................**

**نام ونام خانوادگی پزشک مسئول معاینات سلامت شغلی : ............................................. مهر و امضاء : ....................................**