

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

**SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE
do WOMP CP – L w Lublinie
Filia Nr 1, ul. Nałęczowska 27, 20-701 Lublin**

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).

I. 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)

II. 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.....

Imię i nazwisko osoby badanej:

Skargi badanego(ej):
.....

BADANIE PODMIOTOWE

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu / głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo - płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

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 opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?			
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ?			

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

.....
(podpis badanego)

.....
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM
ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

Dane osobowe:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania / pobytu

Telefon kontaktowy pacjenta

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie
SARS-CoV-2 ? (zaznacz właściwe)

☐ NIE

☐ TAK

Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?

(zaznacz właściwe)

☐ NIE

☐ TAK

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37, 5 st. C			
Kaszel			
Duszność			
inne			

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego*

.....

* jeżeli dotyczy

Pomiar temperatury wykonany w WOMP CP-L w Lublinie st. C

Podpis pielęgniarki wykonującej pomiar temperatury