الاستبيان الطبي الخاص بمستخدمي جهاز التنفس الصناعي

تعليمات الاستخدام: هذا المرفق منسوخ كما هو من لوائح إدارة السلامة والصحة المهنية. يختار محرر هذا الاستبيان الأجزاء المناسبة منه ويتم إدراجها في الإجراءات الخاصة بالموقع.

حماية الجهاز التنفسي - الاستبيان الطبي الإلزامي

لا تتطلب الإجابات على الأسئلة في القسم 1، والسؤال 9 في القسم 2 من الجزء أ، إجراء فحص طبي.

للموظف:

هل تستطيع القراءة (اختار إجابة واحدة)؟ نعم لا

للحفاظ على سرية البيانات الخاصة بك، يجب على صاحب العمل أو المشرف عدم الاطلاع على إجاباتك أو مراجعتها، ويجب على صاحب العمل إخبارك بكيفية إرسال هذا الاستبيان أو إرساله إلى أخصائي الرعاية الصحية الذي سيراجعه.

الجزء أ من القسم 1. (إلزامي) **يجب أن يقدم كل موظف تم اختياره المعلومات التالية فيما يتعلق باستخدام أي نوع من أجهزة التنفس الصناعي (يرجى الطباعة).**

1. تاريخ اليوم:

2. اسمك:

3. عمرك (لأقرب سنة):

4. النوع (اختار إجابة واحدة): ذكر أنثى

5. طولك: قدم (أو متر) بوصة (أو سم)

6. وزنك: رطل (أو كيلو)

7. المسمى الوظيفي الخاص بك:

8. رقم الهاتف حيث يستطيع أخصائي الرعاية الصحية الذي يراجع هذا الاستبيان الوصول إليك من خلاله (بما في ذلك رمز المنطقة أو رموز البلد/ المدينة، حسب الاقتضاء):

9. أفضل وقت للاتصال بك على هذا الرقم:

10. هل أخبرك صاحب العمل بطريقة الاتصال بأخصائي الرعاية الصحية الذي سيراجع هذا الاستبيان (اختار إجابة واحدة)؟ نعم/ لا

11. فحص نوع جهاز التنفس الصناعي الذي ستستخدمه (يمكنك فحص أكثر من فئة واحدة):

أ. جهاز التنفس المرشح للهواء الواقي من الزيوت للاستعمال مرة واحدة (قناع مرشح، بدون خرطوشة فيلتر فقط)

ب. النوع الآخر (على سبيل المثال، نوع نصف الوجه أو الوجه الكامل، وجهاز تنقية الهواء بالطاقة، وجهاز تزويد الهواء، وجهاز التنفس الذاتي).

12. هل ارتديت في وقت سابق جهاز تنفس صناعي (اختار إجابة واحدة)؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هو النوع (الأنواع):

الجزء أ من القسم 2. (إلزامي) **يجب أن يقوم كل موظف تم اختياره بالإجابة على الأسئلة من 1 إلى 9 أدناه فيما يتعلق باستخدام أي نوع من أجهزة التنفس الصناعي (يرجى وضع دائرة حول "نعم" أو "لا").**

1. هل تدخن التبغ حاليًا أو هل دخنت التبغ في الشهر الماضي؟ نعم/ لا

2. هل عانيت في وقت سابق من أحد الحالات التالية؟

أ. التشنجات (النوبات): نعم/ لا

ب. داء السكري (مرض السكر): نعم/ لا

ج. التفاعلات الأرجية (الحساسية) التي تعيق تنفسك: نعم/ لا

د. رهاب الإحتجاز (الخوف من الأماكن المغلقة): نعم/ لا

هـ. صعوبة استنشاق الروائح: نعم/ لا

3. هل عانيت في وقت سابق من أحد المشاكل الرئوية/ المتعلقة بالرئة التالية؟

أ. داء الأسبست (تليف الرئتين): نعم/ لا

ب. الربو: نعم/ لا

ج. التهاب القصبات (الشعب الهوائية) المزمن: نعم/ لا

د. الانتفاخ الرئوي: نعم/ لا

هـ. الالتهاب الرئوي: نعم/ لا

و. مرض السل: نعم/ لا

ز. السحار السيليسي: نعم/ لا

ح. الاسترواح الصدري (انهيار الرئة): نعم/ لا

ط. سرطان الرئة: نعم/ لا

ي. كسور في الأضلاع: نعم/ لا

ك. أية إصابات أو عمليات جراحية في الصدر: نعم/ لا

ل. أية مشاكل أخرى متعلقة بالرئة أنت على علم بها: نعم/ لا

1. هل لديك حاليًا أيًا من أعراض الأمراض الرئوية أو المتعلقة بالرئة التالية؟

أ. ضيق في التنفس: نعم/ لا

ب. ضيق في التنفس عند المشي بسرعة على أرض مستوية أو المشي فوق مرتفع طفيف أو منحدر: نعم/ لا

ج. ضيق في التنفس عند المشي مع أشخاص آخرين بسرعة عادية على أرض مستوية: نعم/ لا

د. تحتاج أن تتوقف لتلتقط أنفاسك عند المشي بسرعتك المعتادة على أرض مستوية: نعم/ لا

هـ. ضيق في التنفس عند الاستحمام أو خلع الملابس: نعم/ لا

و. ضيق في التنفس يتعارض مع وظيفتك: نعم/ لا

ز. السعال الذي ينتج البلغم (البلغم السميك): نعم/ لا

ح. السعال الذي يوقظك في الصباح الباكر: نعم/ لا

ط. السعال الذي يحدث في الغالب عند الاستلقاء: نعم/ لا

ي. سعال الدم في الشهر الماضي: نعم/ لا

ك. الصفير عند التنفس: نعم/ لا

ل. الصفير الذي يتعارض مع عملك: نعم/ لا

م. ألم الصدر عند التنفس بعمق: نعم/ لا

ن. أية أعراض أخرى تعتقد أنها قد تكون متعلقة بمشاكل في الرئة: نعم/ لا

1. هل عانيت في وقت سابق من أيًا من مشاكل الأوعية الدموية أو القلب التالية؟

أ. النوبة القلبية: نعم/ لا

ب. السكتة الدماغية: نعم/ لا

ج. الذبحة الصدرية: نعم/ لا

د. فشل القلب: نعم/ لا

هـ. تورم في ساقيك أو قدميك (ليس بسبب المشي): نعم/ لا

و. عدم انتظام ضربات القلب (القلب ينبض بشكل غير منتظم): نعم/ لا

ز. ارتفاع ضغط الدم: نعم/ لا

ح. أي مشكلة قلبية أخرى تم إخبارك عنها: نعم/ لا

1. هل عانيت من أيًا من أعراض الأوعية الدموية أو القلب التالية؟

أ. ألم متكرر أو ضيق في صدرك: نعم/ لا

ب. ألم أو ضيق في صدرك أثناء ممارسة النشاط البدني: نعم/ لا

ج. ألم أو ضيق في صدرك يتعارض مع وظيفتك: نعم/ لا

د. في العامين الماضيين، هل لاحظت أن قلبك يتخطى أو يفقد أي ضربة: نعم/ لا

هـ. حرقة في المعدة أو عسر هضم غير مرتبط بالأكل: نعم/ لا

و. أية أعراض أخرى تعتقد أنها قد تكون مرتبطة بمشاكل في القلب أو الدورة الدموية: نعم/ لا

1. هل تتناول حاليًا أي علاج لأيًا من المشاكل التالية؟

أ. مشاكل التنفس أو الرئة: نعم/ لا

ب. مشاكل القلب: نعم/ لا

ج. ضغط الدم: نعم/ لا

د. التشنجات (النوبات): نعم/ لا

1. إذا استخدمت جهاز التنفس الصناعي في وقتٍ سابق، هل واجهت أيًا من المشاكل التالية؟ (إذا لم تستخدم جهاز التنفس الصناعي أبدًا، تحقق مما يلي وانتقل إلى السؤال 9:)

أ. تهيج العين: نعم/ لا

ب. الحساسية الجلدية أو الطفح الجلدي: نعم/ لا

ج. القلق: نعم/ لا

د. الضعف العام أو التعب: نعم/ لا

هـ. أية مشكلة أخرى تتعارض مع استخدامك لجهاز التنفس الصناعي: نعم/ لا

1. هل ترغب في التحدث إلى أخصائي الرعاية الصحية الذي سيراجع هذا الاستبيان حول إجاباتك على هذا الاستبيان؟ نعم/ لا

يجب على كافة الموظفين الذين تم اختيارهم لاستخدام جهاز التنفس الصناعي للحماية الكاملة أو جهاز التنفس الذاتي الإجابة على الأسئلة من 10 إلى 15 أدناه. بالنسبة للموظفين الذين تم اختيارهم لاستخدام أنواع أخرى من أجهزة التنفس الصناعي، تكون الإجابة على هذه الأسئلة اختياريًا.

1. هل فقدت البصر في أيًا من العينين في وقت سابق (بشكل مؤقت أو دائم)؟ نعم/ لا
2. هل لديك حاليًا أيًا من مشاكل الرؤية التالية؟

أ. ارتداء العدسات اللاصقة: نعم/ لا

ب. ارتداء النظارات الطبية: نعم/ لا

ج. عمى الألوان: نعم/ لا

د. أية مشاكل أخرى بالعين أو الرؤية: نعم/ لا

1. هل تعرضت في وقت سابق لإصابة في أذنيك، بما في ذلك تمزُّق في طبلة الأذن؟ نعم/ لا
2. هل لديك حاليًا أيًا من مشاكل السمع التالية؟

أ. صعوبة في السمع: نعم/ لا

ب. ارتداء سماعة أذن: نعم/ لا

ج. أية مشاكل أخرى في السمع أو الأذن: نعم/ لا

1. هل تعرضت في وقت سابق لإصابة في الظهر؟ نعم/ لا
2. هل لديك حاليًا أيًا من المشاكل العضلية الهيكلية التالية؟

أ. ضعف في أيًا من ذراعيك أو يديك أو رجليك أو أقدامك: نعم/ لا

ب. ألم الظهر: نعم/ لا

ج. صعوبة في تحريك ذراعيك وساقيك بالكامل: نعم/ لا

د. ألم أو تصلب عندما تميل إلى الأمام أو الخلف في منطقة الخصر: نعم / لا

هـ. صعوبة تحريك رأسك لأعلى أو لأسفل بالكامل: نعم/ لا

و. صعوبة تحريك رأسك من جنب إلى آخر بالكامل: نعم/ لا

ز. صعوبة في ثني الركبتين: نعم/ لا

ح. صعوبة القرفصاء على الأرض: نعم/ لا

ط. صعود درجات السلم أو السلم أثناء حمل أكثر من 11.5 كجم: نعم/ لا

ي. أية مشاكل أخرى في العضلات أو الهيكل العظمي تتعارض مع استخدام جهاز التنفس الصناعي: نعم/ لا

الجزء ب: **يمكن إضافة أيًا من الأسئلة التالية، والأسئلة الأخرى غير المدرجة، إلى الاستبيان بناءً على تقدير أخصائي الرعاية الصحية الذي سيراجع الاستبيان.**

1. في عملك الحالي، هل تعمل على ارتفاعات عالية (أكثر من 5000 قدم) أو في مكان يحتوي على كميات أقل من الكمية الطبيعية من الأكسجين؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، هل تشعر بالدوار، أو ضيق في التنفس، أو ضربات سريعة في صدرك، أو أعراض أخرى عند العمل في ظل هذه الظروف؟ نعم/ لا

1. في العمل أو في المنزل، هل تعرضت في وقت سابق لمذيبات خطرة أو مواد كيميائية خطرة منقولة جوًا (على سبيل المثال، الغازات أو الأبخرة أو الغبار) أو هل لامس جلدك مواد كيميائية خطرة؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، أذكر اسماء المواد الكيميائية إذا كنت تعرفها:

1. هل استخدمت في وقت سابق أيًا من تلك المواد في العمل، أو في ظل أيًا من الشروط المذكورة أدناه؟

أ. الأسبستوس: نعم/ لا

ب. السليكا (على سبيل المثال، في السفح الرملي): نعم/ لا

ج. التنغستين‏/ الكوبالت (على سبيل المثال، طحن أو لحام هذه المواد): نعم/ لا

د. البريليوم: نعم/ لا

هـ. الألومنيوم: نعم/ لا

و. الحديد: نعم/ لا

ز. القصدير: نعم/ لا

ح. الأجواء المغبرة: نعم/ لا

ط. أية تعرضات خطرة أخرى: نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم" أوصف هذه التعرضات:

1. أذكر أية وظائف ثانوية أو أعمال جانبية تقوم بها:

1. أذكر المهن السابقة لتي عملت بها:
2. أذكر هواياتك الحالية والسابقة:

1. هل أديت الخدمة العسكرية؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، هل تعرضت لعوامل بيولوجية أو كيميائية (سواء في التدريب أو القتال)؟ نعم/ لا

1. هل سبق لك العمل في فريق المواد الخطرة؟ نعم/ لا
2. بخلاف الأدوية الخاصة بمشاكل التنفس والرئة، ومشاكل القلب، وضغط الدم، والنوبات المذكورة سابقًا في هذا الاستبيان، هل تتناول أية أدوية أخرى لأي سبب من الأسباب (بما في ذلك الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية)؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، أذكر اسماء الأدوية إذا كنت تعرفها:

1. هل ستستخدم أيًا من العناصر التالية مع جهاز (أجهزة) التنفس الصناعي الخاصة بك؟

أ. مرشحات جسيمات الهواء عالية الكفاءة: نعم/ لا

ب. العلب (على سبيل المثال، أقنعة الغاز): نعم/ لا

ج. خراطيش الفلتر: نعم/ لا

1. كم عدد المرات المتوقعة لاستخدام جهاز التنفس الصناعي (ضع دائرة حول "نعم" أو "لا" لكافة الإجابات التي تنطبق عليك)؟

أ. الهروب فقط (بدون إنقاذ): نعم/ لا

ب. الإنقاذ في حالات الطوارئ فقط: نعم/ لا

ج. أقل من 5 ساعات في الأسبوع: نعم/ لا

د. أقل من ساعتين في اليوم: نعم/ لا

هـ. من ساعتين إلى أربعة ساعات في اليوم: نعم/ لا

و. أكثر من أربعة ساعات في اليوم: نعم/ لا

1. خلال الفترة التي تستخدم فيها جهاز (أجهزة) التنفس الصناعي، هل الجهد المبذول في العمل الخاص بك:

أ. خفيف (أقل من 200 سعرة حرارية في الساعة): نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، كم تستغرق هذه الفترة في المتوسط

المناوبة: ساعة دقيقة

الأمثلة على جهد العمل الخفيف؛ الجلوس أثناء الكتابة أو الطباعة على الآلة الكاتبة أو الصياغة أو أداء أعمال التجميع الخفيفة، أو الوقوف أثناء تشغيل آلة الحفر (0.5 - 1.5 كجم)، أو آلات التحكم.

ب. معتدل (200 إلى 350 سعرة حرارية في الساعة): نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، كم تستغرق هذه الفترة في المتوسط

المناوبة: ساعة دقيقة

الأمثلة على جهد العمل المعتدل؛ الجلوس أثناء التسمير أو البرد، وقيادة شاحنة أو حافلة في المناطق الحضرية، والوقوف أثناء الحفر أو التسمير أو أداء أعمال التجميع، أو نقل حمولة معتدلة (حوالي 16 كجم) في صندوق شاحنة، والمشي على سطح مستوٍ (حوالي 3.5 كم/ ساعة) أو النزول 5 مستويات (حوالي 4.8 كم/ الساعة)، أو دفع عربة يدوية ذات حمولة ثقيلة (حوالي 45.4 كجم) على سطح مستو.

ج. ثقيل (أعلى من 350 سعرة حرارية في الساعة): نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، كم تستغرق هذه الفترة في المتوسط

المناوبة: ساعة دقيقة

الأمثلة على العمل الثقيل؛ رفع حمولة ثقيلة (حوالي 23 كجم) من الأرضية إلى الخصر أو الكتف، والعمل على رصيف التحميل، والتجريف، والوقوف أثناء البناء بالخرسانة أو صب القطع، والصعود 8 مستويات (حوالي 3.5 كم/ ساعة)، وصعود السلالم مع حمولة ثقيلة (حوالي 23 كجم).

1. هل سترتدي ملابس و/ أو معدات واقية (بخلاف جهاز التنفس الصناعي) عند استخدامك لجهاز التنفس الصناعي؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة "نعم" أوصف هذه الملابس و/ أو المعدات الواقية:

1. هل ستعمل تحت الظروف الحارة (درجة حرارة تزيد عن 25 درجة مئوية)؟ نعم/ لا
2. هل ستعمل تحت الظروف الرطبة؟ نعم/ لا
3. أوصف العمل الذي ستقوم به أثناء استخدام جهاز (أجهزة) التنفس الصناعي الخاصة بك:

1. أوصف أية ظروف خاصة أو خطرة قد تصادفها عند استخدام جهاز التنفس الصناعي (على سبيل المثال، الأماكن الضيقة، والغازات التي تهدد الحياة):

1. قدم المعلومات التالية، إذا كنت تعرفها، عن كل مادة سامة تتعرض لها عند استخدام جهاز التنفس الصناعي الخاص بك:

اسم أول مادة سامة:

الحد الأقصى لمستوى التعرض المقدَّر لكل وردية:

مدة التعرض في كل نوبة:

اسم ثاني مادة سامة:

الحد الأقصى لمستوى التعرض المقدَّر لكل وردية:

مدة التعرض في كل نوبة:

اسم ثالث مادة سامة:

الحد الأقصى لمستوى التعرض المقدَّر لكل وردية:

مدة التعرض في كل نوبة:

اسم أي مواد سامة أخرى ستتعرض لها أثناء استخدام جهاز التنفس الصناعي:

1. أوصف أية مسؤوليات خاصة ستتحملها أثناء استخدام جهاز (أجهزة) التنفس الصناعي مما قد يؤثر على سلامة الآخرين ورفاهيتهم (على سبيل المثال، الإنقاذ والأمن):

تعليمات خاصة:

1. يجب على مستخدمي أجهزة التنفس الصناعي للحماية الكاملة فقط الإجابة على الأسئلة من 10 إلى 15 في الجزء أ. يجب على ممثل الصحة والسلامة والأمن والبيئة بالموقع تحديد ما إذا كان هناك حاجة لذلك.
2. الجزء ب من هذا الاستبيان غير إلزامي. يجب أن يتفق ممثل الصحة والسلامة والأمن والبيئة والطبيب أو أخصائي الرعاية الصحية المرخص على الأسئلة المناسبة.
3. التعيينات الجديدة: إذا تم ملء هذا الاستبيان قبل توظيف موظف محتمل، يجب تقديم كافة الإجابات على الأسئلة من 10 إلى 19 في الجزء ب بواسطة ممثل الصحة والسلامة والأمن والبيئة بالموقع وعرضها على الموظف عند ملء هذا النموذج (حسب الأسئلة المستخدمة).
4. الموظفون الحاليون: يجب تعبئة هذا الاستبيان خلال ساعات العمل العادية في وقت ومكان مناسب للموظف.