نتائج الفحص الطبي لتعرض الموظفين للأسبستوس

الطبيب المراجع أو مقدم الرعاية الصحية المرخص**: يرجى الاحتفاظ بهذا النموذج سريًا وعدم الإفصاح عن النتائج أو التشخيصات الخاصة التي لا علاقة لها بالتعرض المهني للأسبستوس لصاحب العمل. يجب إعادة نسخة كاملة من هذا النموذج إلى صاحب العمل، كما يجب تقديم نسخة للموظف.**

اسم الموظف:

رقم بطاقة هوية الموظف:

المسمى الوظيفي:

الشركة والموقع:

تاريخ الاختبار:

نوع الاختبار: ❑ أساسي/ أولي ❑ سنوي/ دوري ❑ نهائي (نهاية الخدمة) ❑ متابعة

بناءًا على المعلومات التي قدمها الموظف والفحص الجسمي الذي تم إجراؤه:

❑ لم تُكتشف أية حالات صحية قد تزيد من خطر ضعف صحة الموظف كنتيجة للعمل مع الأسبستوس.

❑ اكتشفت حالة (حالات) صحية قد تزيد من خطر ضعف صحة الموظف نتيجة العمل مع الأسبستوس. يجب فرض قيود العمل التالية:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ تم إبلاغ الموظف بزيادة مخاطر الإصابة بسرطان الرئة نتيجة التأثير المشترك للتدخين والتعرض للأسبستوس.

❑ الموظف **مؤهل** طبيًا لأداء العمل في بيئة الأسبستوس.

❑ الموظف **غير** **مؤهل** طبيًا لأداء العمل في بيئة الأسبستوس

لقد شرحت نتائج الفحص الطبي للموظف، بما في ذلك أية حالات طبية متعلقة بالتعرض للأسبستوس والتي تتطلب مزيدًا من التقييم أو العلاج، وأية شروط خاصة باستخدام ملابس أو معدات الواقية.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الطبيب المراجع أو مقدم الرعاية الصحية المرخص اسم الطبيب المراجع أو مقدم الرعاية الصحية المرخص بحروف واضحة

التاريخ