يحتوي هذا الملحق الإلزامي على الاستبيانات الطبية التي يجب إجراؤها لجميع الموظفين الذين يتعرضون للأسبستوس فوق حدود التعرض المسموح بها، وبالتالي سيتم تضمينهم في برنامج المتابعة الطبية التابع لصاحب العمل. يحتوي الجزء 1 من الملحق على الاستبيان الطبي الأولي، والذي يجب أن يحصل عليه جميع الموظفين الجدد الذين ستغطيهم متطلبات المتابعة الطبية. يتضمن الجزء 2 الاستبيان الطبي الدوري المختصر، والذي يجب إيضاحه لجميع الموظفين الذين يتم تقديم فحوصات طبية دورية بموجب أحكام المتابعة الطبية القياسية.

**استبيان طبي دوري**

1. الاسم

2- رقم الضمان الاجتماعي/ما يعادله (إذا كنت مواطنًا في بلد لا يُطلب منك فيه الحصول على أي رقم من هذا القبيل، يُرجى كتابة "لاينطبق"

3. رقم الموظف

4. الوظيفة الحالية

5. صاحب العمل الحالي

6. عنوان المنزل

7. الرمز البريدي

8. رقم الهاتف

9. القائم بالمقابلة

10. التاريخ

11. ما هي الحالة الاجتماعية؟ أعزب \_\_\_ منفصل/أرمل \_\_\_ متزوج \_\_\_ مطلق \_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **التاريخ المهني** | | | | | | |
| 12. | أ. | هل سبق لك العمل بدوام كامل (30 ساعة في الأسبوع أو أكثر) لمدة 6 أشهر أو أكثر، خلال العام الماضي؟ | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | **إذا كانت الإجابة نعم:** | | |  |  |
|  | ب. | هل سبق لك العمل في وظيفة تعرضت فيها للغبار، خلال العام الماضي؟ | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  | ج. | هل كان التعرض للغبار: | | | بسيط \_\_\_\_ متوسط \_\_\_\_ شديد \_\_\_\_ | |
|  | د. | هل سبق لك وأن تعرضت للغازات أو الأبخرة الكيميائية في عملك، خلال العام الماضي؟ | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  | هـ. | هل كان التعرض: | | | بسيط \_\_\_\_ متوسط \_\_\_\_ شديد \_\_\_\_ | |
|  | و. | خلال العام الماضي، ماذا كانت: | | |  | |
|  |  | الوظيفة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |  | المنصب/المسمى الوظيفي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **التاريخ الطبي الحالي** | | | | | | |
| 13. | أ. | هل تعتبر نفسك تتمتع بصحة جيدة؟ | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | | |
|  |  | إذا كانت الإجابة «لا» يُرجى ذكر السبب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | ب. | هل أصبت خلال العام الماضي: | | نعم لا | | |
|  |  | الصرع | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | الحمى الروماتيزمية؟ | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | مرض كلوي؟ | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | اضطراب بالمثانة؟ | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | داء السكري؟ | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | اليرقان؟ | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | سرطان | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
| **نزلات البرد وأمراض الصدر** | | | | | | |
| 14. |  | إذا أصبت بنزلة برد، فهل ينتقل "عادةً" إلى صدرك؟  (عادةً تعني أكثر من النصف عدد المرات) | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا أصاب بالبرد \_\_\_ | | |
| 15. | أ. | خلال العام الماضي، هل عانيت من أي أمراض في الصدر أدت إلى أخذك أجازة من العمل أو ملازمتك للمنزل أو للسرير؟ | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | | |
|  |  | **إذا كانت الإجابة نعم:** | |  | | |
|  | ب. | هل كنت تعاني من البلغم نتيجة لأي مرض بالصدر؟ | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | | |
|  | ج. | خلال العام الماضي، كم عدد التي أصبت فيها بهذه الأمراض المصحوبة بالبلغم (المتزايد) والتي استمرت أسبوعًا أو أكثر؟ | | عدد الأمراض \_\_\_ لم أصاب بمثل هذه الأمراض \_\_\_ | | |
| **الجهاز التنفسي** | | | | | | |
| 16. | أ. | هل أصبت خلال العام الماضي: | نعم لا مزيد من التعليقات على الإجابات الإيجابية | | | |
|  |  | الربو | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | الالتهاب الشعبي | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | الحمى القرمزية | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | أنواع أخرى من الحساسية | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | الالتهاب الرئوي | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | الدرن | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | عملية جراحية في الصدر | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | مشاكل أخرى بالرئة | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | مرض بالقلب | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | ب. | هل تعاني حاليًا من: | نعم لا مزيد من التعليقات على الإجابات الإيجابية | | | |
|  |  | نزلات برد متكررة | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | سعال مزمن | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | ضيق التنفس عند المشي أو صعود السلالم | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | ج. | هل تعاني من: | نعم لا مزيد من التعليقات على الإجابات الإيجابية | | | |
|  |  | الصفير | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | سعال مصحوب للبلغم | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | تدخن السجائر | \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ عبوة يوميًا \_\_\_\_\_ عدد السنوات \_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | مشاكل أخرى بالرئة | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | مرض بالقلب | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

التوقيع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الاسم مطبوعًا \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_