***تعليمات الاستخدام:*** *تم نسخ هذا الملحق مباشرة من لوائح OSHA. يجب اختيار الأقسام المناسبة من هذا الاستبيان من قِبل المؤلف وتضمينها في الإجراء الخاص بالموقع.*

**حماية الجهاز التنفسي- الاستبيان الطبي الإلزامي**

الإجابات على الأسئلة في القسم 1 والسؤال 9 في القسم 2 من الجزء أ لا تتطلب فحصًا طبيًا.

إلى الموظف:

هل يمكنك قراءة (دائرة حول واحد)؟ نعم لا

 للحفاظ على سريتك، يجب ألا ينظر صاحب العمل أو المشرف في إجاباتك أو يراجعها ويجب أن يخبرك صاحب العمل بكيفية تسليم هذا الاستبيان أو إرساله إلى أخصائي الرعاية الصحية الذي سيراجعه.

**الجزء أ. القسم 1. (إلزامي)** يجب تقديم المعلومات التالية من قِبل جميع الموظفين الذين تم اختيارهم لاستخدام أي نوع من كمامات أجهزة التنفس (يُرجى طباعته).

1- تاريخ اليوم:

2- اسمك:

3. عمرك (لأقرب سنة)

4. النوع (دائرة جول واحد): ذكر أنثى

5. طولك: قدم (أو متر) بوصة (أو سنتيمتر)

6. وزنك: رطل. (أو كيلوغرامات)

7. **المسمى الوظيفي الخاص بك:**

8. رقم هاتف حيث يمكن لأخصائي الرعاية الصحية الذي يراجع هذا الاستبيان الوصول إليك (بما في ذلك رمز المنطقة أو رموز البلد/ المدينة، حسب الاقتضاء):

9. أفضل وقت للاتصال بك على هذا الرقم:

10. هل أخبرك صاحب العمل بكيفية الاتصال بأخصائي الرعاية الصحية الذي سيراجع هذا الاستبيان (ضع دائرة حول واحد)؟ نعم / لا

11. تحقق من نوع جهاز التنفس الذي ستستخدمه (يمكنك التحقق من أكثر من فئة واحدة):

أ. كمامة N أو R أو P مخصصة للاستخدام مرة واحدة (كمامة ترشيح، نوع بدون خرطوشة فقط).

ب. نوع آخر (على سبيل المثال، نوع كمامة نصف وجه أو كامل الوجه أو جهاز تنقية الهواء يعمل بالطاقة أو جهاز مورّد للهواء أو جهاز تنفس مستقل).

12. هل ارتديت جهاز تنفس (دائرة حول واحد)؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة نعم، فما نوعه:

**الجزء أ. القسم 2. (إلزامي) يجب الإجابة على الأسئلة من 1 إلى 9 أدناه من قبل كل موظف تم اختياره لاستخدام أي نوع من أجهزة التنفس (يُرجى وضع دائرة على "نعم" أو "لا").**

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

2- هل سبق أن عانيت أي من الحالات التالية؟

1. نوبات (تشنجات) نعم / لا
2. داء السكري (مرض السكر): نعم / لا
3. ردود الفعل التحسسية التي تتداخل مع تنفسك: نعم / لا
4. رهاب الاحتجاز (الخوف من الأماكن المغلقة): نعم / لا
5. مشاكل في شم الروائح: نعم / لا

3. هل عانيت من قبل أي من مشاكل الرئة التالية؟

1. داء الأسبست: نعم / لا
2. الربو: نعم / لا
3. التهاب شعبي مزمن: نعم / لا
4. انتفاخ الرئة: نعم / لا
5. الالتهاب الرئوي: نعم / لا
6. الدرن: نعم / لا
7. السحار السيليسي: نعم / لا
8. استرواح الصدر (إنخماص الرئة) نعم / لا
9. سرطان الرئة: نعم / لا
10. كسور في الأضلاع: نعم / لا
11. أي إصابات أو مشاكل أو جراحات في الصدر/ الرئة: نعم / لا

4. هل تعاني حاليًا أيًا من الأعراض التالية لأمراض الرئة؟

1. قصر في التنفس: نعم / لا
2. ضيق التنفس عند المشي بسرعة على أرض مستوية أو صعود تلة أو منحدر طفيف: نعم / لا
3. ضيق التنفس عند المشي مع أشخاص آخرين بوتيرة عادية على أرض مستوية: نعم / لا
4. هل اضطررت يومًا إلى التوقف لالتقاط الأنفاس عند المشي بوتيرتك الخاصة على المستوى؟ نعم / لا
5. ضيق التنفس عند الاغتسال أو ارتداء الملابس: نعم / لا
6. السعال الذي ينجم عنه بلغم (بلغم سميك): نعم / لا
7. السعال الذي يوقظك في الصباح الباكر: نعم / لا
8. السعال الذي يحدث غالبًا أثناء الاستلقاء: نعم / لا
9. سعال مصحوب بدم الشهر الماضي: نعم / لا
10. صفير عند التنفس: نعم / لا
11. ألم الصدر عند التنفس بعمق: نعم / لا

5. هل عانيت من قبل أي من مشاكل القلب والأوعية الدموية أو مشاكل القلب التالية؟

1. نوبة قلبية نعم / لا
2. سكتة دماغية: نعم / لا
3. ذبحة صدرية: نعم / لا
4. قصور القلب: نعم / لا
5. تورم في ساقيك أو قدميك (لا ينجم عن المشي): نعم / لا
6. عدم انتظام ضربات القلب (ضربات القلب غير المنتظمة): نعم / لا
7. ضغط الدم المرتفع: نعم / لا
8. أي مشكلة قلبية أخرى تم إخبارك عنها: نعم / لا

6. هل عانيت من قبل أي أعراض بشأن القلب والأوعية الدموية؟

1. ألم أو ضيق متكرر في صدرك: نعم / لا
2. ألم أو ضيق في صدرك أثناء ممارسة النشاط البدني: نعم / لا
3. ألم أو ضيق في صدرك يتعارض مع وظيفتك: نعم / لا
4. في العامين الماضيين، هل لاحظت أن قلبك يتخطى أو يفقد أي نبضة: نعم / لا
5. الحموضة المعوية أو عسر الهضم غير المرتبط بتناول الطعام: نعم/ لا
6. أي أعراض أخرى تعتقد أنها قد تكون مرتبطة بمشاكل في القلب أو الدورة الدموية: نعم / لا

7. هل تتناول حاليًا أدوية لأي من المشاكل التالية؟

1. مشاكل في التنفس أو الرئة: نعم / لا
2. مشاكل في القلب: نعم / لا
3. ضغط الدم: نعم / لا
4. نوبات (تشنجات) نعم / لا

8. هل عانيت أي من المشاكل التالية، إذا كنت تستخدم جهاز تنفس؟ (إذا لم تستخدم جهاز التنفس مطلقًا، فتحقق من المساحة التالية وانتقل إلى السؤال 9:)

1. تهيج العين: نعم / لا
2. حساسية الجلد أو الطفح الجلدي: نعم / لا
3. الإرهاق نعم / لا
4. الضعف العام أو التعب: نعم / لا
5. أي مشكلة أخرى تتعارض مع استخدامك لجهاز التنفس: نعم / لا

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

يجب الإجابة على الأسئلة من 10 إلى 15 أدناه من قبل كل موظف تم اختياره لاستخدام جهاز تنفس كامل الوجه أو جهاز تنفس مستقل (SCBA). بالنسبة للموظفين الذين تم اختيارهم لاستخدام أنواع أخرى من أجهزة التنفس، فإن الإجابة على هذه الأسئلة أمر اختياري.

10. هل سبق أن فقدت البصر في أي من العينين (بشكل مؤقت أو دائم)؟ نعم / لا

11. هل تعاني حاليًا أي من مشاكل البصر التالية؟

1. ترتدي عدسات لاصقة: نعم / لا
2. ترتدي نظارات: نعم / لا
3. مُصاب بعمى ألوان: نعم / لا
4. أي مشاكل أخرى في البصر أو العين: نعم / لا

12. هل سبق لك أن تعرضت لإصابة في أذنيك، بما في ذلك كسر في طبلة الأذن؟ نعم / لا

13. هل تعاني حاليًا أي من مشاكل السمع التالية؟

1. صعوبة في السمع: نعم / لا
2. ترتدي أداة مساعدة للسمع: نعم / لا
3. أي مشكلة أخرى في السمع أو الأذن: نعم / لا

14. هل سبق لك أن تعرضت لإصابة في الظهر؟ نعم / لا

15- هل تعاني حاليًا أي من مشاكل العضلات والعظام التالية؟

1. ضعف في أي من ذراعيك أو يديك أو ساقيك أو قدميك: نعم / لا
2. ألم في الظهر: نعم / لا
3. صعوبة في تحريك ذراعيك وساقيك بالكامل: نعم / لا
4. ألم أو تصلب عند الانحناء للأمام أو للخلف عند الخصر: نعم / لا
5. صعوبة في تحريك رأسك بالكامل للأعلى أو للأسفل: نعم / لا
6. صعوبة في تحريك رأسك بالكامل للأعلى أو للأسفل: نعم / لا
7. صعوبة في الانحناء عند الركبتين: نعم / لا
8. صعوبة في القرفصاء على الأرض: نعم / لا
9. تسلق درج أو سلم يحمل أكثر من 11.5 كجم: نعم / لا
10. أي مشكلة أخرى في العضلات أو الهيكل العظمي تتداخل مع استخدام جهاز التنفس: نعم / لا

الجزء ب: يمكن إضافة أي من الأسئلة التالية والأسئلة الأخرى غير المدرجة إلى الاستبيان وفقًا لتقدير أخصائي الرعاية الصحية الذي سيراجع الاستبيان.

1- في وظيفتك الحالية، هل تعمل على ارتفاعات عالية (أكثر من 5000 قدم) أم في مكان به كميات أقل من المعتاد من الأكسجين؟ نعم / لا

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

2- في العمل أو المنزل، هل سبق لك أن تعرضت لمذيبات خطرة أو مواد كيميائية خطرة محمولة في الهواء (مثل الغازات أو الأبخرة أو الغبار) أو هل تعرض جلدك لمواد كيميائية خطرة؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة «نعم»، فقم بتسمية المواد الكيميائية إذا كنت تعرفها:

3. هل سبق لك العمل مع أي من المواد أو تحت أي من الشروط المذكورة أدناه؟

1. الأسبستوس: نعم / لا
2. السيليكا (مثل السفح الرملي): نعم / لا
3. التنجستن/ الكوبالت (على سبيل المثال، طحن هذه المادة أو لحامها): نعم / لا
4. البريليوم: نعم / لا
5. الألمنيوم نعم / لا
6. الحديد: نعم / لا
7. القصدير: نعم / لا
8. بيئات مليئة بالغبار: نعم / لا
9. أي تعرضات أخرى للمخاطر: نعم / لا

إذا كانت الإجابة «نعم»، صِف هذه التعرضات:

4. أدرِج أي وظائف أخرى أو أعمال جانبية تمتلكها:

5. أدرِج المهن السابقة:

6. أدرِج هواياتك الحالية والسابقة:

7. هل التحقت بالخدمة العسكرية؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة «نعم»، فهل تعرضت لعوامل بيولوجية أو كيميائية (سواء في التدريب أو القتال)؟ نعم / لا

8. هل سبق لك العمل مع فريق HAZMAT؟ نعم / لا

9. بخلاف الأدوية الخاصة بمشاكل التنفس والرئة ومشاكل القلب وضغط الدم والنوبات المذكورة سابقًا في هذا الاستبيان، هل تتناول أي أدوية أخرى لأي سبب (بما في ذلك الأدوية التي تتناولها بدون صفة طبية)؟ نعم / لا

إذا كانت الإجابة «نعم»، اذكر اسم الأدوية إذا كنت تعرفها:

10. هل ستستخدم أيًا من العناصر التالية مع كمامات أجهزة التنفس؟

1. مرشحات عالية الكفاءة لتفريغ جسيمات الهواء (هيبا): نعم / لا
2. الحاويات (على سبيل المثال، الأقنعة الواقية من الغازات): نعم / لا
3. الخراطيش: نعم / لا

11. كم مرة يُتوقع منك استخدام أجهزة التنفس (ضع دائرة حول "نعم" أو "لا" لجميع الإجابات التي تنطبق عليك)؟

1. الهروب فقط (عدم النجاة): نعم / لا
2. الطوارئ/الإنقاذ فقط: نعم / لا
3. (لفترة تقل عن 5 ساعات في الأسبوع: نعم / لا
4. فترة تقل عن ساعتين في اليوم: نعم / لا
5. فترة تتراوح بين ساعتين إلى 4 ساعات في اليوم: نعم / لا
6. فترة تزيد عن 4 ساعات في اليوم: نعم / لا

12. تمثل الفترة التي يتم فيها كمامات أجهزة التنفس جهد عملك:

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

إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هي المدة التي تستغرقها هذه الفترة خلال المتوسط

**المناوبة:** ساعة الحد الأدنى

من الأمثلة على جهد العمل الخفيف الجلوس أثناء الكتابة أو الصياغة أو أداء أعمال التجميع الخفيفة أو الوقوف أثناء تشغيل مكبس الحفر (.5 - 1.5 كجم) أو آلات التحكم.

1. متوسط (200 إلى 350 سعرة حرارية في الساعة): نعم / لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هي المدة التي تستغرقها هذه الفترة خلال المتوسط

**المناوبة:** ساعة الحد الأدنى

أمثلة على جهد العمل المعتدل الجلوس أثناء التسمير أو الرفع أو قيادة شاحنة أو حافلة في حركة السير في المناطق الحضرية أو الوقوف أثناء الحفر والتسمير وأداء أعمال التجميع أو نقل حمولة معتدلة (حوالي 16 كغم) على مستوى الشاحنة أو المشي على سطح مستو حوالي 3.5 كم / ساعة أو النزول على درجة 5 رجات بحوالي 4.8 كم / ساعة أو دفع عربة يدوية بحمل ثقيل (حوالي 45.4 كجم) على سطح مستو.

1. ثقيل (فوق 350 سعرة حرارية في الساعة): نعم / لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هي المدة التي تستغرقها هذه الفترة خلال المتوسط

**المناوبة:** ساعة الحد الأدنى

من أمثلة الأعمال الشاقة رفع حمولة ثقيلة (حوالي 23 كجم) من الأرض إلى الخصر أو الكتف أو العمل في رصيف التحميل أو الوقوف أثناء البناء بالطوب أو تقطيع المسبوكات أو الصعود على درجة 8 درجات حوالي 3.5 كم / ساعة أو صعود السلالم بحمولة ثقيلة (حوالي 23 كجم).

13. هل سترتدي ملابس و/ أو معدات واقية (بخلاف جهاز التنفس) عند استخدام جهاز التنفس؟ نعم / لا

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

14. هل ستعمل في ظروف حارة (درجة حرارة تتجاوز 25 °درجة مئوية؟ نعم / لا

15- هل ستعمل في أحوال الرطوبة؟ نعم / لا

16. صِف العمل الذي ستجريه أثناء استخدام جهاز (أجهزة) التنفس:

17- صِف أي ظروف خاصة أو خطرة قد تواجهها عند استخدام جهاز (أجهزة) التنفس (على سبيل المثال، الأماكن الضيقة والغازات التي تهدد الحياة):

18. قدم المعلومات التالية عن كل مادة سامة ستتعرض لها في حال معرفتك بها عند استخدام جهاز (أجهزة) التنفس:

اسم المادة السامة الأولى:

الحد الأقصى لمستوى التعرض المقدر لكل نوبة:

مدة التعرض في كل مناوبة

اسم المادة السامة الثانية:

الحد الأقصى لمستوى التعرض المقدر لكل نوبة:

مدة التعرض في كل مناوبة:

اسم المادة السامة الثالثة:

الحد الأقصى لمستوى التعرض المقدر لكل نوبة:

مدة التعرض في كل مناوبة:

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

19. صف أي مسؤوليات خاصة ستتحملها أثناء استخدام أجهزة التنفس التي قد تؤثر على سلامة ورفاهية الآخرين (على سبيل المثال، الإنقاذ والسلامة):

**تعليمات خاصة:**

1. الإجابات على الأسئلة من 10 إلى 15 من الجزء أ مطلوبة فقط لمستخدمي كمامة جهاز التنفس للوجه بالكامل. على ممثل HSE الموجود في الموقع تحديد ما إذا كانت هناك حاجة إليها.
2. الجزء ب من هذا الاستبيان ليس إلزامياً. يجب أن يوافق كل من مقدم الرعاية الصحية وممثل HSE في الموقع على أي من الأسئلة التي يرانها مناسبة.
3. التعيينات الجديدة: في حال ملء هذا الاستبيان قبل تعيين موظف محتمل، فيجب أن يقدم ممثل HSSE بالموقع أي إجابات للأسئلة من 10 إلى 19 من الجزء ب ويعرضها على الموظف عند ملء هذا النموذج (اعتمادًا على الأسئلة المستخدمة).
4. الموظفون الحاليون: يجب السماح بملء هذا الاستبيان خلال ساعات العمل العادية في الوقت والمكان المناسبين للموظف