نموذج الاستبيان الطبي الدوري المختصر الإلزامي

يتضمن هذا الملحق الإلزامي الاستبيانات الطبية التي يجب تطبيقها على كافة الموظفين الذين يتعرضون للأسبستوس فوق الحد المسموح به ، وبناءً على ذلك يتم تحديد الأشخاص الذين سيتم ضمهم إلى برنامج المراقبة الطبية الخاص بصاحب العمل. **يحتوي الجزء 1 من الملحق على الاستبيان الطبي الأولي، والذي يجب تطبيقه على كافة الموظفين الجدد الذين ستشملهم متطلبات المراقبة الطبية. يتضمن الجزء 2 الاستبيان الطبي الدوري المختصر، الذي يجب تطبيقه على كافة الموظفين الذين يتم إجراء فحوصات طبية دورية لهم بموجب الأحكام المعيارية للمراقبة الطبية.**

الاستبيان الطبي الدوري

1. الاسم

2. رقم الضمان الاجتماعي أو ما يعادله (إذا كنت مواطنًأ في بلد حيث لا يُطلب منك الحصول على أي رقم من هذا القبيل، اكتب "لاينطبق")

3. رقم الموظف

4. الوظيفة الحالية

5. صاحب العمل الحالي

6. عنوان المنزل

7. الرقم البريدي

8. رقم الهاتف

9. مدير الحوار

10. التاريخ

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| التاريخ المهني | | | | | | | |
| 12. أ. في العام الماضي، هل عملت بدوام كامل (30 ساعة في الأسبوع أو أكثر) لمدة 6 أشهر أو أكثر؟  نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم | | | |  |  |
|  |  | ب. في العام الماضي، هل عملت في وظيفة حيث تتعرض لبيئات ترابية؟ | | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | |
|  |  | ج. مستوى التعرض للغبار: | | | | خفيف \_\_\_\_ معتدل \_\_\_\_ شديد \_\_\_\_ | |
|  |  | د. في العام الماضي، هل تعرضت لأبخرة أو غازات كيميائية في عملك؟ | | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | |
|  |  | هـ. مستوى التعرض: | | | | خفيف \_\_\_\_ معتدل \_\_\_\_ شديد \_\_\_\_ | |
|  |  | و. في العام الماضي، ماذا كانت | | | |  | |
|  |  | وظيفتك/ مهنتك: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  |  | منصبك/ مسماك الوظيفي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| السجل الطبي الحالي | | | | | | | |
|  |  | 13. أ. هل تعتبر نفسك في صحة جيدة؟ | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | | |
|  |  | إذا كانت الإجابة "لا"، يرجي ذكر السبب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  |  | ب. في العام الماضي، هل واجهت: | | | نعم لا | | |
|  |  | داء الصرع؟ | | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | الحمى الروماتيزمية؟ | | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | أمراض الكلى؟ | | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | أمراض المثانة؟ | | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | داء السكري؟ | | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | اليرقان؟ | | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
|  |  | السرطان؟ | | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ | | |
| نزلات البرد وأمراض الصدر | | | | | | | |
|  |  | 14. إذا أصبت بالبرد، هل "عادة" تصاب ببرد في صدرك؟  (عادة تعني أكثر من نصف الوقت) | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا أصاب بنزلات البرد \_\_\_ | | |
|  |  | 15. أ. خلال العام الماضي، هل عانيت من أية أمراض صدرية منعتك من العمل أو أبقتك داخل المنزل أو في سريرك؟ | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ | | |
|  |  | إذا كانت الإجابة نعم: | | |  | | |
|  |  | ب. هل تُصاب بالبلغم مع أيًا من هذه الأمراض الصدرية؟ | | | نعم \_\_\_ لا \_\_\_ لا ينطبق \_\_\_ | | |
|  |  | ج. في العام الماضي، كم عدد هذه الأمراض التي أصابتك مع (زيادة) في البلغم والتي استمرت لمدة أسبوع أو أكثر؟ | | | عدد الأمراض \_\_\_ لا يوجد مثل هذه الأمراض \_\_\_ | | |
| الجهاز التنفسي | | | | | | | |
|  |  | 16. أ. في العام الماضي، هل عانيت من: | | نعم لا أضف المزيد من التعليقات عند الإجابة بنعم | | | |
|  |  | الربو | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | الالتهاب الشعبي | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | حمى القش (التهاب الأنف) | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | أمراض الحساسية الأخرى | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | الالتهاب الرئوي | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | مرض السل | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | جراحة الصدر | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | مشاكل الرئة الأخرى | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | أمراض القلب | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | ب. هل تعاني حاليًا من: | | نعم لا أضف المزيد من التعليقات عند الإجابة بنعم | | | |
|  |  | نزلات البرد المتكررة | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | السعال المزمن | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | ضيق في التنفس عند المشي أو صعود إحدى درجات السلم | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | ج. هل تعاني من: | | نعم لا أضف المزيد من التعليقات عند الإجابة بنعم | | | |
|  |  | الأزيز (الصفير) | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | السعال مع البلغم | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | تدخين السجائر | | عدد العلب في اليوم \_\_\_\_\_ كم سنة \_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | مشاكل الرئة الأخرى | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | أمراض القلب | | \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

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

الاسم بحروف واضحة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_