تصريح لمستخدم جهاز التنفس بشأن

رقم الهوية الوطنية أو رقم الإقامة الشركة:

لقد أكمل الشخص الوارد أسمه أعلاه الاستبيان الطبي المطلوب/ الإلزامي والفحوصات الطبية المناسبة واختبار الملاءمة لجهاز التنفس في

1- يلزم متابعة الفحص الطب: نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم: يشمل الاختبارات/ التقييمات/ النتائج التالية

2. هذا الفرد لائق طبيًا لاستخدام جهاز التنفس: نعم لا

3. فحص وظائف الرئة: نعم\* لا

نوع فحص وظائف الرئة: اختبار الملاءمة النوعي (QLFT) اختبار الملاءمة الكمي (QNFT)\*

اختبار الملاءمة النوعي (QLFT): ISA Saccharin Bitrex اجتياز عدم اجتياز غير منطبق

اختبار الملاءمة الكمي (QNFT): GA CNC (Portacount)\* CNP عامل الملاءمة \* مفضّل

يمكن أن يرتبط استخدام جهاز التنفس بضغوط جسدية أخرى، مثل الاضطرار إلى ارتداء ملابس واقية مقيدة وحمل معدات ثقيلة. وفقًا لذلك، تضمن اختبار الملاءمة هذه الاحتمالات. إذا كان هذا موظفًا جديدًا، فيجب تقديم المعلومات الخاصة بالأسئلة من 10 إلى 19 من الجزء ب من الاستبيان الطبي (في حال استخدامه) من خلال بيان من ممثل HSE لصاحب العمل أو من ينوب عنه.

*تم إجراء هذا الاختبار وفقًا للملحق أ OSHA 29 CFR 1910.134 وباستخدام المعلومات المقدمة في الاستبيان الطبي المنصوص عليه في الملحق ج 29 CFR 1910.134.*

**التوصيات (وفقًا لـ ANSI Z 88.6)**

الفئة الأولى: **(ليس هناك قيود) الفئة الثانية**  قيود معينة **الفئة الثالثة** (غير مسموح)

قيود الفئة الثانية

**الموافقة على أجهزة التنفس التالية**

**النوع** تنقية الهواء 1/2FP FFP FiltFP PAPR فقط

**إمداد الهواء:**  SAR (خط هوائي) SCBA

العلامة التجارية الحجم SM MED LG XLG

ملاحظات/ أخرى

(توقيع مقدم الرعاية الصحية المفوّض) (التاريخ)