**الطبيب المراجع أو أي متخصص رعاية طبية معتمد آخر (PLHCP):** يرجى الحفاظ على سرية هذا النموذج وعدم الإفصاح لصاحب العمل عن النتائج أو التشخيصات المحددة التي لا علاقة لها بالتعرض المهني للأسبستوس. يجب إعادة نسخة مكتملة من هذا النموذج إلى رب عمل الموظف كما يجب تقديم نسخة منه.

**اسم الموظف:**

**الرقم التعريفي للموظف:**

**المسمى الوظيفي:**

**الشركة والموقع:**

**تاريخ الفحص:**

**نوع الفحص:** ❑ **أساسي/أولي** ❑ **سنوي/دوري** ❑ **خروج** ❑ **متابعة**

بناءً على المعلومات التي قدمها الموظف وعلى الفحص البدني الذي تم إجراؤه:

❑ لم يتم الكشف عن أي حالة طبية من شأنها أن تعرض الموظف لخطر متزايد من الإضرار بالصحة نتيجة للتعامل مع الأسبستوس.

❑ تم الكشف عن حالة (حالات) طبية قد تعرض الموظف لخطر متزايد للإصابة بضرر صحي نتيجة للتعامل مع الأسبستوس. يجب فرض قيود العمل التالية:

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

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

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

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

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

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

لقد شرحت نتائج الفحص الطبي للموظف، بما في ذلك أي حالات طبية متعلقة بالتعرض للأسبستوس تتطلب مزيدًا من التقييم أو العلاج، وأي أحكام خاصة لاستخدام الملابس أو المعدات الواقية.

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

توقيع الطبيب أو متخصص رعاية طبية معتمد اسم الطبيب أو متخصص الرعاية الطبية المعتمد مطبوعًأ التاريخ