

## KARTA OCENY NARAŻENIA ZAWODOWEGO W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM CHOROBY ZAWODOWEJ

Postępowanie przeprowadzone w dniu ..... r. w związku ze zgłoszeniem podejrzenia choroby zawodowej:

1. Imię i nazwisko .....  
 2. Data urodzenia ..... 3. Numer ewidencyjny PESEL .....  
 4. Miejsce zamieszkania: .....

5. Aktualna sytuacja zawodowa:  
 pracownik/ emeryt/ rencista/ bezrobotny\*)

6. Aktualny zakład pracy (dotyczy pracownika):  
 Pełna nazwa:.....  
 Numer identyfikacyjny REGON: .....  
 Adres zakładu pracy:.....

7. Postępowanie dotyczy choroby zawodowej:  
 pełna nazwa (wg wykazu chorób zawodowych): .....  
 Numer według wykazu chorób zawodowych:.....

8. Kto zgłosił podejrzenie choroby zawodowej:  
 .....

9. Wywiad zawodowy\*\*) .....

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe)	Dane o narażeniu (wyniki pomiarów)

10. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej:  
 Pełna nazwa pracodawcy (zakładu pracy):

.....  
 Adres zakładu pracy:.....  
 Numer identyfikacyjny REGON:.....

11. Stanowisko pracy, wydział, oddział:.....

12. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności):

.....

13. Czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej: nazwa czynnika (czynników):

.....

wyniki pomiarów w okresie zatrudnienia pracownika oraz ich natężenie (największe i najmniejsze - z datą pomiarów lub najczęściej stwierdzone; jeżeli podejrzenie dotyczy choroby wywołanej czynnikami biologicznymi lub uczulającymi - należy podać dane, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 i 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach - Dz. U. Nr 132, poz. 1115):

.....  
 .....

14. Sposób wykonywania pracy \*\*\*)

a) rodzaj, zakres i stopień obciążenia czynnościami, które mogły powodować nadmierne obciążenie: (uwzględnić odpowiednio: układ ruchu, obwodowy układ nerwowy (pnie nerwów), narząd głosu - podać w formie opisu)

.....

b) chronometraż czynności powodujących nadmierne obciążenie określonego układu/narządu organizmu ludzkiego:

.....

c) pozycja ciała podczas wykonywania ww. czynności:.....

d) czy stanowisko pracy było dostosowane pod względem ergonomicznym do wykonywania ww. czynności:

.....

e) organizacja pracy (zmianowość, przerwy w pracy): .....

15. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:

.....

16. Opis środków profilaktycznych podejmowanych w zakładzie pracy w związku z narażeniem zawodowym:.....

.....

17. Czy w zakładzie pracy były przeprowadzane kontrole warunków pracy ? .....

kto przeprowadzał (PIP, PIS).? : ..... kiedy.? .....

charakterystyka wydanych decyzji: .....

.....

18. Czy pracownik miał wykonywane badania profilaktyczne w okresie zatrudnienia w narażeniu ?

.....

a) kto wykonywał badania? .....

.....

b) czy były orzekane przeciwwskazania do wykonywania pracy? .....

.....

c) czy pracownik korzystał z urlopów dla poratowania zdrowia (kiedy, ile razy?): .....

.....

19. Czy pracownik wykonywał pracę w narażeniu na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej w innym miejscu pracy, niż przedstawione w pkt 10? jeśli **tak**, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć

charakterystykę z pkt 10÷18 na odrębnym formularzu)

### **Podsumowanie postępowania:**

(czy zdaniem osoby przeprowadzającej postępowanie można uznać, że warunki pracy (narażenie zawodowe) stwarzały możliwość powstania choroby zawodowej)

.....  
czytelny podpis i pieczęć osoby przeprowadzającej  
postępowanie

\*) Niepotrzebne skreślić.

\*\*) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

\*\*\*) Wypełnić w przypadku, gdy podejrzenie dotyczy choroby wywołanej sposobem wykonywania pracy.