

Oznaczenie placówki dydaktycznej  
(pieczęć, nadruk lub naklejka,  
zawierająca nazwę, adres,  
NIP, Regon)

**SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE  
do WOMP CP – L w Lublinie  
Filia Nr 1, ul. Nałęczowska 27, 20-701 Lublin**

Stosownie do przepisów:

- ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1175, z późn. zm.)
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019, poz. 1651).

**I. Kieruję na badania lekarskie:**

.....  
(imię/imiona i nazwisko) ..... (data urodzenia)

PESEL             .....

(w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

- kandydata\*/ ucznia\* szkoły ponadpodstawowej
- kandydata\*/słuchacza\* kwalifikacyjnych kursów zawodowych (badanie bezpłatne do 18 r.ż.)
- kandydata do szkoły wyższej\*, studenta\*
- doktoranta

.....  
(zakres kształcenia)

**II. W trakcie:**

- praktycznej nauki zawodu \*
- studiów \*
- kwalifikacyjnych kursów zawodowych \*
- kształcenia doktorantów \*

wyżej wymieniony/a będzie\* jest\* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/stażu uczniowskiego, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych lub studiów doktoranckich:

.....  
\* **właściwe podkreślić**

.....  
pieczęć (nadruk lub naklejka)  
imię, nazwisko i własnoręczny podpis  
kierującego na badania lekarskie

Lublin, dnia.....

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

**BADANIE PODMIOTOWE**

Skargi badanego(ej): .....

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu / głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo - płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

<b>Subiektywna ocena stanu zdrowia</b>	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
--	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi	
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakie ? Kiedy ?				
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?				
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ?				

**Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.**

.....  
(podpis badanego)

.....  
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

\* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

**KARTA BADANIA  
DO CELÓW SANITARNO - EPIDEMIOLOGICZNYCH**

Data badania: 2020-05-13  
a) wstępne  
b) okresowe

Rodzaj badania\*

**1. Dane identyfikacyjne osoby badanej**

Imię i nazwisko		PESEL:	Data urodzenia, dzień:		mieсяc:	rok:	pleć:
Miejsce zamieszkania:	Kod pocztowy:	miejscowość:		nr domu:		nr lokalu:	
ulica:							

**2. Dane dotyczące podejmowanej lub wykonywanej pracy/nauki\***

Dane identyfikacyjne miejsca pracy lub nauki:	Nazwa:	Adres:		Regon:
Stanowisko i zakres obowiązków:	Stanowisko:	Okres zatrudnienia:		Rodzaj wykonywanej czynności:

**3. Dane z wywiadu lekarskiego**

Wywiad	Nie	Tak	Opis
Dolegliwości zgłaszane spontanicznie			<p>Pacjent został szczegółowo poinformowany o istocie i zakresie pytań stanowiących treść wywiadu lekarskiego. Przekazana pacjentowi informacja była dla niego dostępna i zrozumiała, co pacjent potwierdza własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego.</p>
Choroby układu oddechowego (ostre i przewlekłe stany zapalne nosa, gardła, oskrzeli, gruźlica, inne choroby)			
Choroby układu pokarmowego (przewlekłe biegunki)			
Choroby skóry (ropne zakażenia skóry, infekcje grzybicze, zmiany w obrębie płytek paznokciowych, łuszczyca, alergiczne choroby skóry)			
Przetoki kałowe			
Przetoki układu moczowego			
Nietrzymanie stolca			
Nietrzymanie moczu			
Uczulenie na środki spożywcze			
Stale lub okresowe nosicielstwo pałeczek jelitowych			
Inne choroby			

\* niepotrzebne skreślić

Podpis osoby badanej:

**4. Badanie podmiotowe**

Wzrost	Masa ciała	Tętno	RR
Wynik badania	Brak zmian patologicznych	Stwierdzona patologia	Opis patologii
Skóra i przydatki skóry			
Węzły chłonne			
Nos			
Jama ustno - gardłowa			
Uzębienie			
Układ oddechowy			
Układ sercowo - naczyniowy			
Jama brzuszna (bolesność, opory patologiczne, przepuklina, wątroba, śledziona, trzustka)			
Kończyny dolne (żylaki, obrzęki)			
Układ moczowy			

**5. Badania laboratoryjne**

Data badania	Rodzaj badania	Wynik

**6. Konsultacje specjalistyczne**

Data konsultacji	Rodzaj konsultacji	Wynik

**7. Wydane orzeczenie**

Data wydania orzeczenia	Treść orzeczenia

Pieczęć i podpis lekarza:

**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM  
ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Telefon kontaktowy pacjenta.....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ?

**TAK / NIE**

Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?

**TAK / NIE**

Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37, 5 st. C			
Kaszel			
Duszność			
inne			

Ciepłota ciała w dniu badania ..... st. C

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego\*

.....

\* jeżeli dotyczy