

فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19

نام و نام خانوادگی: نام کارخانه/کارگاه/سازمان:	سن: عنوان شغلی:	کد ملی:
شرح حال و معاینه فیزیکی:		
پاراکلینیک:		
نظریه پزشک: <input type="checkbox"/> از نظر سرایت پذیری بیماری کووید-۱۹ منع حضور در محل کار ندارد. <input type="checkbox"/> عدم امکان حضور در محل کار و بررسی مجدد روز بعد <input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص طب کار / پزشک عمومی دارای مجوز (در صورت عدم دسترسی به متخصص طب کار) به علت درگیری ارگان های هدف (تنفسی، کلیه، قلب، کبد) جهت ارزیابی تناسب شغلی		
مهر و امضای پزشک تاریخ		
نظریه تناسب شغلی متخصص طب کار/پزشک عمومی دارای مجوز در صورت وجود آسیب ارگان هدف: <input type="checkbox"/> بلا مانع <input type="checkbox"/> مشروط به : <input type="checkbox"/> عدم صلاحیت		
مهر و امضای پزشک متخصص طب کار /پزشک دارای مجوز معاینات سلامت شغلی تاریخ		

فرم خوداظهاری بازگشت به کار شاغلین با سابقه ابتلا به COVID۱۹

نام و نام خانوادگی:	سن:	کد ملی:
نام کارخانه/کارگاه/سازمان:	عنوان شغلی:	
لطفاً به پرسشهای زیر با نهایت دقت پاسخ دهید:		
(۱) روند درمان به چه صورت بوده است؟		
<input type="checkbox"/> بستری	(تاریخ بستری:	تاریخ ترخیص: (
<input type="checkbox"/> سرپایی	(تاریخ شروع علائم:	چند روز پس از شروع علائم، احساس بهبودی داشته اید؟ (
(۲) در سه روز اخیر کدام علامت زیر را همچنان در خود احساس کرده اید؟		
<input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> بدن درد <input type="checkbox"/> احساس خستگی و ضعف <input type="checkbox"/> درد یا احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/> هیچکدام		
(۳) آخرین روزی که مصرف استامینوفن یا ناپروکسن داشته اید را ذکر کنید.		
(۴) سابقه کدام یک از بیماریهای زیر را دارید؟ علامت بزئید		
بدخیمی (انواع سرطان) پیوند اعضا تحت درمان با کورتون خوراکی یا تزریقی (پروندیزولون، هیدروکورتیزون، بتامتازون، دکزامتازون....) ایدز شیمی درمانی یا پرتودرمانی در ۶ ماه اخیر بیماریهای روماتیسمی یا خودایمنی تحت درمان کولیت روده تحت درمان پرفشاری خون بیماری قلبی عروقی (سکته قلبی، آریتمی، تنگی عروق کرونر و بیماری ایسکمیک قلب) دیابت نارسایی کبد یا کلیه بیماری تنفسی مانند آسم /برونشیت مزمن/ آمفیزم/ سایر بیماری ها: <input type="checkbox"/> هیچکدام		
اینجانببه کد ملی..... با آگاهی از اینکه پاسخ نادرست به هریک از پرسشهای فوق باعث خطر جدی سلامتی برای خود و سایر افراد جامعه خواهد بود، گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسشها را با هوشیاری و دقت و صداقت ثبت نموده ام و عواقب پاسخ نادرست به عهده اینجانب خواهد بود.		
نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا