**Załącznik nr 4**9)

Dziennik Ustaw – 13 – Poz. 1379

.................................................................................

.................................................................................

(pieczęć, nazwa i adres podmiotu sporządzającego kartę)

**Karta oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej**

Postępowanie przeprowadzone w dniu ……….………………… r. w związku ze zgłoszeniem podejrzenia

choroby zawodowej u osoby:

1. Imię i nazwisko ............................................................................................................................................

2. Data i miejsce urodzenia ..............................................................................................................................

3. Numer ewidencyjny PESEL, o ile posiada ..................................................................................................

4. Adres zamieszkania .....................................................................................................................................

………………………………………………………………………………..……………………………

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

Inna forma wykonywania pracy ……………………………….…………………………………………..

6. Aktualny pracodawca (dotyczy pracownika)

Pełna nazwa .................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………..…...

Adres ............................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………..…..…………………….…….…

Numer identyfikacyjny REGON .................................................................................................................

7. Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy postępowanie ................................................................

…………………………………………………………………….…………..…………..………………

Pozycja w wykazie chorób zawodowych określonym w przepisach w sprawie chorób zawodowych,

wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3–6 i § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

...........................................................................................................................................................

8. Kto zgłosił podejrzenie choroby zawodowej ………………………………………………….……….....

**Załącznik nr 4**9)

Dziennik Ustaw – 13 – Poz. 1379

﻿

9. Wywiad zawodowy\*\*)

Okresy

zatrudnienia

od – do

Stanowisko

pracy

Pracodawca

Charakterystyka

narażenia (czynniki

szkodliwe/uciążliwe)

Dane o narażeniu

(wyniki pomiarów)

10. Miejsce zatrudnienia lub wykonywania pracy, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej

będące powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej

Pełna nazwa ………………………………………...…..………………..................................................

………………………………………………..……………………………………….………………….

Adres …………………………………………………………………………………………….….........

……………………………………………………………..………………………………………..……

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 badań oraz pomiarów stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia występujących

w środowisku pracy w okresie zatrudnienia pracownika (z datą pomiarów lub najczęściej

stwierdzane; jeżeli podejrzenie dotyczy choroby wywołanej czynnikami biologicznymi, uczulającymi

lub rakotwórczymi, należy podać dane, o których mowa w przepisach w sprawie chorób

zawodowych, wydanych na podstawie art. 237 § 1 pkt 3–6 i § 11 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy)

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

﻿

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 lub narządu

organizmu ludzkiego …………………………………………………………………………………..

……………………………….……………………………………………............................................

c) pozycja ciała podczas wykonywania czynności, o których mowa w lit. a i b ……………………...

……………………………………………….........................................................................................

d) czy stanowisko pracy było dostosowane pod względem ergonomicznym do wykonywania

czynności, o których mowa w lit. a i b? ……………...…………………………….…...……………..

e) organizacja pracy (np. zmianowość, przerwy w pracy) …...........................…………………………

...........................................................................................................................................................

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

....................................................................................................................................................................

16. Opis środków profilaktycznych podejmowanych przez pracodawcę w związku z narażeniem

zawodowym ..............................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………….………………..…

17. Czy u pracodawcy były przeprowadzane kontrole warunków pracy?

……………………..............................................................................................................................

a) kto przeprowadzał (państwowy inspektor pracy, państwowy powiatowy/graniczny/wojewódzki

inspektor sanitarny, państwowy inspektor sanitarny, o którym mowa w przepisach wydanych na

podstawie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U.

z 2011 r. Nr 212, poz. 1263, z 2012 r. poz. 460 i 892 oraz z 2013 r. poz. 2), komendant/inspektor

wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej)\*)?

……………………………………………………………………………………………………………

b) kiedy? ....................................................................................................................................................

c) charakterystyka wydanych decyzji ........................................................................................................

Dziennik Ustaw – 15 – Poz. 1379

﻿

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

....................................................................................................................................................................

a) kto wykonywał badania (nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego 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 zatrudnienia lub wykonywania pracy niż podane w pkt 10?

Jeżeli **tak**, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć charakterystykę pkt 10–18 na odrębnym

formularzu).

...............................................................

(czytelny podpis osoby (osób)

przeprowadzającej(-ych) 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.

﻿