

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

نام و نام خانوادگی:	سن:	کد ملی:
نام کارخانه/کارگاه/سازمان:	عنوان شغلی:	
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 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"/> بلامانع		
<input type="checkbox"/> مشروط به :		
<input type="checkbox"/> عدم صلاحیت		
مهر و امضای پزشک متخصص طب کار 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:		
<p>(۱) روند درمان به چه صورت بوده است؟</p> <p>بستری <input type="checkbox"/> (تاریخ بستری: _____ تاریخ ترخیص: _____)</p> <p>سرپایی <input type="checkbox"/> (تاریخ شروع علائم: _____ چند روز پس از شروع علائم احساس بهبودی داشته اید؟ _____)</p>		
<p>(۲) در سه روز اخیر کدام علامت زیر را همچنان در خود احساس کرده اید؟</p> <p><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</p>		
<p>(۳) آخرین روزی که مصرف استامینوفن یا ناپروکسن داشته اید را ذکر کنید.</p>		
<p>(۴) سابقه کدام یک از بیماریهای زیر را دارید؟ علامت بزینید</p> <p><input type="checkbox"/> بدخیمی (انواع سرطان) <input type="checkbox"/> پیوند اعضا <input type="checkbox"/> تحت درمان با کورتون خوراکی یا تزریقی (پردنیزولون، هیدروکورتیزون، بتامتازون، دگزامتازون....) <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> شیمی درمانی یا پرتودرمانی در ۶ ماه اخیر <input type="checkbox"/> بیماریهای روماتیسمی یا خودایمنی تحت درمان <input type="checkbox"/> کولیت روده تحت درمان <input type="checkbox"/> پرفشاری خون <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی (سکته قلبی، آریتمی، تنگی عروق کرونر و بیماری ایسکمیک قلب) <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> نارسایی کبد یا کلیه <input type="checkbox"/> بیماری تنفسی مانند آسم /برونشیت مزمن/ آمفیزم / <input type="checkbox"/> هیچکدام</p>		
<p>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.</p>		
نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا