

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

مرکز بهداشت استان اصفهان

طرح کاهش و کنترل سیلیکوزیس

فرم گزارش دهی معاینات کارگران در معرض سیلیس از واحد کاری به مرکز بهداشت شهرستان

نام کارگاه	نام کارفرما	نوع صنعت	نام کارشناس بهداشت حرفه ای	تعداد کل شاغلین	تعداد شاغل در معرض سیلیس

تعداد کل افراد معاینه شده : ..... زمان انجام معاینه : ..... نام مرکز تخصصی معاینه کننده : .....

تعداد CXR انجام شده: ..... تعداد کل افراد ارجاع داده شده: .....

ابتلا به سیلیکوزیس :	عدم ابتلا به سیلیکوزیس :	موارد نامشخص :	فعالاً بدون پاسخ :

لیست افراد مبتلا به سیلیکوزیس

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	سابقه مواجهه با سیلیس	نوع شغل (وظیفه محوله)	نتیجه ارجاع		نتیجه تست PPD
						فوق تخصص ریه	متخصص طب کار	
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای تکمیل کننده فرم : نام و نام خانوادگی مدیرعامل :

تاریخ تکمیل فرم :