

فرم شماره ۱ معاینه کارگران در معرض سیلیس نام شرکت:

تکمیل کننده: پزشک عمومی شماره پرسنلی:

تاریخ تکمیل فرم: / / ۱۳.....

الف) مشخصات فردی:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سال تولد: ۱۳.....

ب) سابقه شغلی:

علت تغییر شغل	تاریخ اشتغال (از..... تا.....)	عوامل عمده زیان آور	کارمحوه	عنوان/سمت	مشاغل فعلی	
					اول	دوم
					اول	مشاغل قبلی
					دوم	
					اول	مشاغل قبلی
					دوم	
					سوم	

ج) تاریخچه:

۱- آیا سیگار می کشید؟ بلی خیر

اگر بلی به مدت چند سال؟ سال

چند نخ در روز؟ نخ در روز

۲- آیا سابقه ابتلاء به سل دارید؟ بلی خیر

اگر بلی در چه سالی؟ سال ۱۳.....

آیا درمان شده اید؟ بلی خیر در حال حاضر در حال درمان می باشم

اگر بلی چند ماه درمان شده اید؟ ماه

چند دارو دریافت کرده اید؟ دارو ماه

..... دارو ماه

۳- آیا به خاطر بیماریهای ریوی تحت نظر پزشک بوده اید؟ بلی خیر

اگر بلی نام دقیق بیماری چه بوده است؟

چند سال پیش به این بیماری مبتلا بوده اید؟ سال

آیا بیماری شما به طور کامل درمان شده است؟ بلی خیر

اگر خیر آیا هنوز دارو دریافت می کنید؟ بلی خیر

۴- آیا سابقه مصرف داروی خاصی را دارید؟ بلی خیر

اگر بلی نام دارو چیست؟

آیا هیچیک از داروهای زیر را مصرف کرده اید؟

داروهای استنشاقی (نظیر سالبوتامول، استروئید و غیره) اکسیژن کورتون خوراکی

۵- آیا تاکنون به دلیل بیماریهای ریوی در بیمارستان بستری شده اید؟ بلی خیر

اگر بلی علت دقیق بستری شما چه بوده است؟.....

چند روز بستری بوده اید؟..... روز

در چه سالی؟ سال..... ۱۳

۶- آیا سابقه فوت یا ترک کار بدلیل بیماری ریوی در همکاران خود داشته اید؟ بلی خیر

اگر بلی نام آن همکار چه بوده است؟.....

(د) علایم

۱- آیا تنگی نفس دارید؟ بلی خیر

اگر بلی از چه زمانی شروع شده است؟..... ماه پیش یا سال پیش

تنگی نفس شما در چه زمانی است؟ هنگام فعالیت هنگام استراحت

آیا در این مدت تنگی نفس شما بیشتر شده است؟ بلی خیر

۲- آیا خلط دارید؟ بلی خیر

اگر بلی از کی شروع شده است؟..... ماه پیش یا سال پیش

آیا خلط شما به تدریج بیشتر شده است؟ بلی خیر

آیا خلط شما خونی است؟ بلی خیر

۳- کدامیک از علایم زیر را تا کنون داشته اید؟

تب تعریق شبانه کاهش اشتها درد قفسه سینه

کاهش وزن (بیش از ۱۰٪ طی ۶ ماه) وزن فعلی..... کیلوگرم وزن قبلی..... کیلوگرم

(ه) نشانه ها

بیمار دارای کدامیک از نشانه های زیر است؟

کراکل ویز رونکای

سیانوز retraction کاهش expansion قفسه سینه

هیچکدام RR...../min

(و) CXR

آیا CXR غیر طبیعی است؟ بلی خیر، طبیعی است

(ز) نتیجه اولیه

آیا بیمار مبتلا به سیلیکوزیس می باشد؟ خیر مشکوک به ابتلا

مهر و امضای پزشک