

## 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:		
<p style="text-align: right;"><b>نظریه پزشک:</b></p> <p><input type="checkbox"/> از نظر سرایت پذیری بیماری کووید-۱۹ منع حضور در محل کار ندارد.</p> <p><input type="checkbox"/> عدم امکان حضور در محل کار و بررسی مجدد ..... روز بعد</p> <p><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</p>		
مهر و امضای پزشک	تاریخ	
<p>نظریه تناسب شغلی متخصص طب کار/پزشک عمومی دارای مجوز در صورت وجود آسیب ارگان هدف:</p> <p><input type="checkbox"/> بلا مانع</p> <p><input type="checkbox"/> مشروط به :</p> <p><input type="checkbox"/> عدم صلاحیت</p>		
<p>مهر و امضای پزشک متخصص طب کار /پزشک دارای مجوز معاینات سلامت شغلی</p> <p style="text-align: center;">تاریخ</p>		

فرم خوداظهاری بازگشت به کار شاغلین با سابقه ابتلا به COVID19

نام و نام خانوادگی:	سن:	کد ملی:
نام کارخانه/کارگاه/سازمان:	عنوان شغلی:	
<b>لطفاً به پرسشهای زیر با نهایت دقت پاسخ دهید:</b>		
<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 بزنید</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، دکزامتازون....) <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 / سایر بیماری ها: .....</p>		
<p>اینجانب ..... به 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