Pieczęć PJSMP

Ankieta

– organizacja ochrony zdrowia pracujących

Proszę o zakreślenie lub wpisanie właściwej odpowiedzi.

1. Forma organizacyjna pjsmp:

□ samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

□ indywidualna praktyka lekarska

□ grupowa praktyka lekarska

□ pozostałe podmioty lecznicze

**2. Zadania służby medycyny pracy, które realizuje PJSMP**

1. badania profilaktyczne pracowników.....................................................................................TAK/NIE
2. badania lekarskie kandydatów/uczniów do szkół, w których w trakcie praktycznej nauki zawodu istnieje narażenie na czynniki szkodliwe, uciążliwe lub niebezpieczne dla zdrowia..................................................................................................................................TAK/NIE
3. programy promocji zdrowia w miejscu pracy .......................................................................TAK/NIE

jakie.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. czynne poradnictwo chorób parazawodowych .....................................................................TAK/NIE
2. wizytacje stanowisk pracy.....................................................................................................TAK/NIE
3. szczepienia ochronne:

- wskazane na stanowiskach pracy……………………………………………………………... TAK/NIE

- inne………………………………………………………………………………………………... TAK/NIE

g) inne (proszę wymienić jakie)……………………………………………………………………... TAK/NIE

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

3. Nazwa komórki organizacyjnej realizującej zadania smp/pieczątka.........................................

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

**4. Dni i godziny realizowania zadań smp**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek |
| Godziny pracy |  |  |  |  |  |

5. Zasoby kadrowe

*Lekarze służby medycyny pracy*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Specjalizacja | Symbol uprawnień | Liczba lekarzy |
| Lekarze specjaliści Io z med. pracy lub med. przemysłowej  | („1") |  |
| Lekarze specjaliści IIo  z med. pracy lub med. przemysłowej | („1”) |  |
| Lekarze specjaliści Io i IIo z med. ogólnej lub rodzinnej  | („9”) |  |
| Lekarze specjaliści z higieny pracy, med. kolejowej i lotniczej | („2, 4, 5”) |  |
| Lekarze uprawnieni z racji 6-letniego stażu pracy | („6-xx”) |  |
| Lekarze specjalizujący się w dziedzinie med. pracy | („7-xx”) |  |
| RAZEM |  |

*Pielęgniarki służby medycyny pracy*

|  |  |
| --- | --- |
| Kwalifikacje | Liczba pielęgniarek |
| Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących (,,A”) |  |
| Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących (,,B”) |  |
| RAZEM |  |

6. Sprzęt diagnostyczny wykorzystywany w realizacji świadczeń z zakresu smp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzajsprzętu i aparatury | Własny (T/N) |  Umowa\* |
| spirometr |  |  |
| aparat ekg |  |  |
| miernik czucia wibracji  |  |  |
| audiometr |  |  |
| tablice Snellena |  |  |
| tablice TNO |  |  |
| test Muchy |  |  |
| Test Motyla |  |  |
| inne testy do badania widzenia przestrzennego |  |  |
| tablice Ishihary |  |  |
| lampa Wilczka |  |  |
| inne testy do oceny widzenia barw |  |  |
| otoskop |  |  |
| termometr termistorowy/inny |  |  |
| wziernik donosowy |  |  |
| perymetr  |  |  |
| posturograf |  |  |
| aparat do badania widzenia zmierzchowego |  |  |
| aparat do badania wrażliwości na olśnienie |  |  |
| inne |  |  |

\*Jeżeli jednostka nie posiada sprzętu diagnostycznego, proszę zamieścić w rubryce informację w jakiej

 jednostce organizacyjnej zleca wykonywanie niezbędnych badań diagnostycznych.

7. Współpraca z lekarzami innych specjalności niezbędnymi do realizacji świadczeń

 z medycyny pracy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoby współpracujące w realizacji zadań smp | Imię i nazwisko lekarza/psychologaposiadany stopień specjalizacji | Dni i godziny przyjęć | Sposób współpracy\* |
| okulistyka |  |  |  |
| laryngologia |  |  |  |
| neurologia |  |  |  |
| psychologia |  |  |  |
| inne |  |  |  |

\* w rubryce „sposób współpracy” proszę wpisać, czy dany lekarz współpracuje:

1. w ramach zatrudnienia w tej samej jednostce organizacyjnej,
2. w ramach umowy z inną jednostką ( wpisać nazwę).

8. Diagnostyka obrazowa:

Pracownia Rtg

W strukturach jednostki ……………………………………………………………………………..…TAK/NIE

(jeżeli nie, należy wskazać zasadę współpracy z inną pracownią oraz podać jej nazwę
i adres)

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

Pracownia USG

W strukturach jednostki .…………………………………………………………………….………..TAK/NIE

Inne

W strukturach jednostki ………………………………………………………………………..………TAK/NIE

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

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

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

9. Diagnostyka laboratoryjna:

W strukturach jednostki ………………………………………………………………….…………….TAK/NIE

Jeżeli nie, należy wskazać zasadę współpracy z laboratorium oraz podać jego nazwę
i adres……...……………………………………………………...……………………….………….……….…..

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

**10. Prowadzenie dokumentacji lekarskiej służby medycyny pracy w formie elektronicznej**………………………………………………………………………………………….TAK/NIE

Nazwa oprogramowania…………………………………………………………………………………………..

**11. Populacja objęta opieką profilaktyczną (ilości zgodne z zawartymi umowami z zakładami pracy)** ………………...............................................................................................................................

**12.** **Rodzaje narażeń w populacji objętej opieką profilaktyczną**
Fizyczne:

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

Pyły: (proszę wymienić rodzaje pyłów) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czynniki chemiczne:

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

Czynniki biologiczne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czynniki niebezpieczne:

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

Inne:

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

**13. Narażenie na czynniki rakotwórcze**

Czynniki chemiczne:

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

Czynniki fizyczne: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Procesy technologiczne, w których dochodzi do uwalniania substancji chemicznych, ich mieszanin lub czynników o działaniu rakotwórczym lub mutagennym ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sporządził (imię i nazwisko): Data, podpis i pieczątka imienna lekarza/

 Kierownika pjsmp:

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