

شماره شناسه: INRA-RP- WI-100-00/30-3-Far.1395	صفحه: ۱۰	دستورالعمل معاینه بالینی و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای
بازنگری:	کل صفحات: ۲۱	

فرم شماره ۱
فرم مشخصات فردی و سوابق شغلی

محل الصاق عکس	<input type="checkbox"/> بدو استخدام <input type="checkbox"/> دوره‌ای	نوع معاینات	لوگوی مرکز		
	<input type="checkbox"/> پرتوگیری بیش از حد دز <input type="checkbox"/> سانحه پرتوی		نام مرکز		
	تاریخ وقوع:		تاریخ مراجعه :		
۱- مشخصات فردی شاغل:					
نام پدر:	نام پدر:	کد ملی:	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد		
نام خانوادگی:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	سال تولد:	تعداد فرزندان:		
وضعیت نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> خدمت کرده		رسته خدمت: <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> علت معافیت پزشکی:			
آدرس محل کار:					
تلفن محل کار:					
تلفن همراه:					
۲- سوابق شغلی: گروه پرتوکاری: <input type="checkbox"/> الف <input type="checkbox"/> ب					
مشاغل فعلی	شغل / کد پرتوکاری	وظیفه محوله	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
			از	تا	
مشاغل قبلی	شغل / کد پرتوکاری	وظیفه محوله	تاریخ اشتغال		علت تغییر شغل
			از	تا	
نظریه کارشناس فیزیک بهداشت در خصوص شرایط محیط کار و توضیحات لازم در خصوص موارد ثبت شده :					
در مورد مشاغل فعلی موارد مورد تأیید است					
در مورد مشاغل قبلی موارد مورد تأیید است					
تاریخ: / / مهر و امضاء:					

شماره شناسه: INRA-RP- WI-100-00/30-3-Far.1395	صفحه: ۱۱	دستورالعمل معاینه بالینی و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای
بازنگری: سه	کل صفحات: ۲۱	

۳- سابقه شخصی، خانوادگی و پزشکی: (بر اساس پاسخ شاغل تکمیل گردد):			
ردیف	سؤال	بلی	توضیحات
۱	آیا سابقه بیماری خاصی (هر نوع) دارید؟ ذکر نمایید؟		
۲	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در محیط کار تغییر می‌کند؟		
۳	در صورت ابتلا به بیماری آیا همکاران شما علائم مشابه در محل کار دارند؟		
۴	در صورت ابتلا به بیماری آیا علائم شما در زمان تعطیلات و مرخصی تغییر می‌کند؟		
۵	آیا به غذا، دارو یا ماده خاصی حساسیت دارید؟		
۶	آیا سابقه بستری در بیمارستان دارید؟ به چه دلیل؟		
۷	آیا سابقه عمل جراحی دارید؟ ذکر نمایید		
۸	آیا سابقه ابتلا به سرطان یا بیماری مزمن دارید؟		
۹	آیا سابقه سرطان یا بیماری مزمن در فامیل دارید؟ ذکر نمایید		
۱۰	آیا داروی خاصی مصرف می‌کنید؟ ذکر نمایید		
۱۱	آیا اکنون سیگار میکشید؟ تعداد نخ روزانه..... مدت استعمال.....		
۱۲	آیا سابقه قبلی مصرف سیگار دارید؟ تعداد نخ روزانه..... مدت استعمال.....		
۱۳	آیا در اوقات فراغت به ورزش یا سرگرمی خاصی مشغول هستید؟ ذکر نمایید		
۱۴	آیا تا کنون به حادثه شغلی دچار شده‌اید؟ نوع اسباب..... علت.....		
۱۵	آیا سابقه غیبت از کار به دلیل بیماری بیش از ۳ روز دارید؟		
۱۶	آیا منزل شما در مجاورت مرکز صنعتی قرار دارد؟		
۱۷	آیا سابقه معرفی به کمیته پزشکی را دارید؟		
۱۸	آگر سابقه هرگونه سانحه احتمالی قبلی (پرتوهای یونساز یا غیر یونساز) یا آلودگی با پرتوزا داشته‌اید ذکر نمایید؟		
۱۹	آیا سابقه انجام رادیوتراپی یا اسکن تشخیصی با رادیونوکلئیدها را داشته‌اید؟		
۲۰	آیا سابقه بیماری‌هایی که می‌تواند سبب کاهش هوشیاری گردند مانند: صرع یا کاهش قند خون در بیماران دیابتی را دارید؟		
۲۱	آیا سابقه کم خونی، بیماری‌های خونریزی دهنده، یا هرگونه درگیری مغز استخوان دارید؟		
۲۲	آیا سابقه بیماری‌های التهابی سیستم گوارش (کرون و کولیت اولسرو) داشته‌اید؟		
۲۳	آیا سابقه مواجهه با مواد سرطان‌زا در شغل قبلی یا فعلی (مانند بنزن، آرسنیک و ...) داشته‌اید؟		

امضاء و اثر انگشت شاغل مبنی بر تأیید اظهارات فوق:

شماره شناسه: INRA-RP- WI-100-00/30-3-Far.1395	صفحه: ۱۲	دستورالعمل معاینه بالینی و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای
بازنگری: سه	کل صفحات: ۲۱	

فرم شماره ۲

فرم ثبت معاینه بالینی

تاریخ:	وزن (kg):	قد (cm):
فشار خون (mmHg):		تعداد نبض (در دقیقه):
بررسی ارگانها در صورت وجود هر یک از موارد زیر در محل مربوطه علامت زده و خصوصیات، شدت و مدت زمان نشانه یا علامت در بخش توضیحات درج شود.		
عمومی	Symptom	<input type="checkbox"/> کاهش وزن <input type="checkbox"/> کاهش اشتها <input type="checkbox"/> خستگی مزمن <input type="checkbox"/> اختلال در خواب <input type="checkbox"/> تعریق بیش از حد <input type="checkbox"/> عدم تحمل گرما و سرما <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری (ill/toxic) <input type="checkbox"/> مخاطات رنگ پریده <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
چشم	Symptom	<input type="checkbox"/> کاهش حدت بینایی <input type="checkbox"/> تاری دید <input type="checkbox"/> خستگی چشم <input type="checkbox"/> دو بینی <input type="checkbox"/> سوزش چشم <input type="checkbox"/> خارش چشم <input type="checkbox"/> ترس از نور <input type="checkbox"/> اشک ریزش <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> رفلکس غیرطبیعی مردمک <input type="checkbox"/> قرمزی چشم <input type="checkbox"/> اسکلرای ایکتریک <input type="checkbox"/> نیستاگموس <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
پوست، مو و ناخن	Symptom	<input type="checkbox"/> خارش پوست <input type="checkbox"/> ریزش مو <input type="checkbox"/> قرمزی پوست <input type="checkbox"/> تغییر رنگ پوست <input type="checkbox"/> زخم مزمن <input type="checkbox"/> پوسته‌ریزی <input type="checkbox"/> تغییر رنگ ناخن <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> ماکول <input type="checkbox"/> پاپول <input type="checkbox"/> ندول <input type="checkbox"/> وزیکول <input type="checkbox"/> زخم <input type="checkbox"/> کهیر <input type="checkbox"/> کلابینگ <input type="checkbox"/> ریزش منطقه‌ای مو <input type="checkbox"/> ریزش جنرال مو <input type="checkbox"/> تغییرات پیگمانی (هایپو/هایپر پیگمانتاسیون) <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
گوش، حلق، بینی و دهان	Symptom	<input type="checkbox"/> کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> وزوز گوش <input type="checkbox"/> سرگیجه واقعی <input type="checkbox"/> درد گوش <input type="checkbox"/> ترشح گوش <input type="checkbox"/> گرفتگی صدا <input type="checkbox"/> گلو درد <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> اختلال بویایی <input type="checkbox"/> خارش و سوزش بینی <input type="checkbox"/> خونریزی بینی <input type="checkbox"/> خشکی دهان <input type="checkbox"/> احساس مزه فلزی در دهان <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> التهاب پرده تمپان <input type="checkbox"/> پارگی پرده تمپان <input type="checkbox"/> افزایش غیرطبیعی سرومن <input type="checkbox"/> ترشح پشت حلق <input type="checkbox"/> گزودای حلق <input type="checkbox"/> قرمزی حلق <input type="checkbox"/> پولیپ بینی <input type="checkbox"/> تندرns سینوسها <input type="checkbox"/> lead line <input type="checkbox"/> بوی بد دهان <input type="checkbox"/> التهاب لثه <input type="checkbox"/> پرفوراسیون/زخم سپتوم <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
سر و گردن	Symptom	<input type="checkbox"/> درد گردن <input type="checkbox"/> توده گردنی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> بزرگی تیروئید <input type="checkbox"/> لنفاد نوپاتی گردنی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
ریه	Symptom	<input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> تنگی نفس کوششی <input type="checkbox"/> خس خس سینه <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> وضعیت ظاهری غیرطبیعی قفسه سینه <input type="checkbox"/> خشونت صدا <input type="checkbox"/> ویزینگ <input type="checkbox"/> کراکل <input type="checkbox"/> تاکی پنه <input type="checkbox"/> کاهش صداهای ریوی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
قلب و عروق	Symptom	<input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> تپش قلب <input type="checkbox"/> تنگی نفس ناگهانی شبانه <input type="checkbox"/> تنگی نفس در وضعیت خوابیده <input type="checkbox"/> سیانوز <input type="checkbox"/> سابقه سنکوب <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> صدای غیرطبیعی <input type="checkbox"/> صدای اضافی قلب <input type="checkbox"/> آریتمی <input type="checkbox"/> واریس اندام تحتانی <input type="checkbox"/> واریس اندام فوقانی <input type="checkbox"/> ادم اندام <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
شکم و لگن	Symptom	<input type="checkbox"/> بی‌اشتهایی <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> سوزش سر دل <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> یبوست <input type="checkbox"/> مدفوع قیری <input type="checkbox"/> خون روشن در مدفوع <input type="checkbox"/> اختلال در بلع <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> تندرns شکمی <input type="checkbox"/> ریباند تندرns <input type="checkbox"/> هیپاتو مگالی <input type="checkbox"/> اسپلنو مگالی <input type="checkbox"/> آسیت <input type="checkbox"/> توده شکمی <input type="checkbox"/> دیستانسیون شکمی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	

شماره شناسه: INRA-RP- WI-100-00/30-3-Far.1395	صفحه: ۱۳	دستورالعمل معاینه بالینی و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای
	کل صفحات: ۲۱	

کلیه و مجاری ادراری، تناسلی	Symptom	<input type="checkbox"/> سوزش ادرار <input type="checkbox"/> تکرر ادرار <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/> درد پهلو <input type="checkbox"/> احساس سنگینی یا توده در بیضه <input type="checkbox"/> غیره
	Sign	<input type="checkbox"/> تدرنس CVA <input type="checkbox"/> واریکوسل <input type="checkbox"/> غیره
غدد لنفاوی تمام بدن	Symptom	
	Sign	
اسکلتی عضلانی	Symptom	<input type="checkbox"/> خشکی مفصل <input type="checkbox"/> کمر درد <input type="checkbox"/> درد زانو <input type="checkbox"/> درد شانه <input type="checkbox"/> درد سایر مفاصل <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	Sign	<input type="checkbox"/> محدودیت حرکتی مفصل <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام فوقانی <input type="checkbox"/> کاهش قدرت عضلانی در اندام تحتانی <input type="checkbox"/> اسکولیوز <input type="checkbox"/> آمپوتاسیون <input type="checkbox"/> تست SLR <input type="checkbox"/> تست Reverse-SLR مثبت <input type="checkbox"/> غیره..... <input type="checkbox"/> بدون نشانه
	توضیحات	
سیستم عصبی	Symptom	<input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> گیجی <input type="checkbox"/> لرزش <input type="checkbox"/> اختلال حافظه <input type="checkbox"/> سابقه سرع/تشنج <input type="checkbox"/> گزگز و مور مور انگشتان دست <input type="checkbox"/> غیره
	Sign	<input type="checkbox"/> رفلکس زانوی غیرطبیعی <input type="checkbox"/> رفلکس آشیل غیرطبیعی <input type="checkbox"/> تست رومبرگ مختل <input type="checkbox"/> ترمور <input type="checkbox"/> اختلال حسی اندامها <input type="checkbox"/> تست تینل مثبت <input type="checkbox"/> تست فالن مثبت <input type="checkbox"/> غیره
	توضیحات	
اعصاب و روان	Symptom	<input type="checkbox"/> عصبانیت بیش از حد <input type="checkbox"/> پرخاشگری <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> خلق پایین <input type="checkbox"/> کاهش انگیزه <input type="checkbox"/> غیره
	Sign	<input type="checkbox"/> هذیان <input type="checkbox"/> توهم <input type="checkbox"/> اختلال اورینتاسیون <input type="checkbox"/> غیره
	توضیحات	
نظریه نهایی پزشک معتمد در خصوص ادامه کار با پرتوهای یونساز		
<input type="checkbox"/> الف- بلامانع است		
<input type="checkbox"/> ب- مشروط <input type="checkbox"/> ذکر شروط:		
<input type="checkbox"/> ج- عدم صلاحیت/ تناسب پزشکی جهت انجام شغل مورد نظر <input type="checkbox"/> ذکر علت یا علل رد صلاحیت پزشکی		
توصیه‌های پزشکی لازم		
مشخصات پزشک معتمد ارائه دهنده نظر نهایی:		
مهر و امضاء		تاریخ / /

شماره شناسه: INRA-RP- WI-100-00/30-3-Far.1395	صفحه: ۱۴	دستورالعمل معاینه بالینی و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای
بازنگری: سه	کل صفحات: ۲۱	

فرم ثبت نتایج پاراکلینیک

آزمایش‌های انجام شده (lab test):

- تاریخ انجام آزمایش: / /

- نتایج آزمایشات پزشکی:

آزمایش‌های تخصصی / واکسیناسیون:

۱. نوع: نتیجه: تاریخ انجام: / / ۱۳

۲. نوع: نتیجه: تاریخ انجام: / / ۱۳

۳. نوع: نتیجه: تاریخ انجام: / /

الف - اپتومتری

تاریخ	حدت بینایی				دید رنگی				میدان بینایی			
	R		L		R		L		R		L	
	با اصلاح	بدون اصلاح	با اصلاح	بدون اصلاح	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی	طبیعی	غیرطبیعی
/ /	دید عمیق											
	ثانیه آرک											

ب - اودیومتری

تفسیر	SDS	SRT	۸۰۰۰	۶۰۰۰	۴۰۰۰	۳۰۰۰	۲۰۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰	فرکانس	۱۳ / /
گوش راست										AC	
										BC	
گوش چپ										AC	
										BC	

ج - اسپیرومتری

تاریخ انجام: / /	FEV1/ FEV%	FEV (در صد/مقدار)	FEV1 (در صد/مقدار)
		PEF	FEF _{25-75%}
		VEXT (Back Extrapolated Volume)	
	تفسیر:		

د - سایر اقدامات پاراکلینیک در صورت لزوم

یافته‌های CXR (P-A):	
تاریخ انجام: / /	
یافته‌های ECG:	
تاریخ انجام: / /	
نتیجه رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن و سایر موارد:	
ثبت مشاوره‌ها و نتایج ارجاع‌ها:	
مشاوره یا ارجاع	نتیجه ارجاع
تاریخ:	تذکر مهم - در صورت نیاز به ارجاع اعلام نظریه نهایی منوط به مشخص شدن نتیجه
علت ارجاع:	
نوع تخصص:	
تاریخ:	
علت ارجاع:	
نوع تخصص:	

شماره شناسه: INRA-RP- WI-100-00/30-3-Far.1395	صفحه: ۱۵	دستورالعمل معاینه بالینی و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای
بازنگری: سه	کل صفحات: ۲۱	

فرم شماره ۳

فرم اطلاعات سانحه پرتوی و پرتوگیری بیش از حد دز در اثر کار با پرتو

اطلاعات فردی:

نام و نام خانوادگی:	نام مرکز اعزام کننده:	محل کار پرتوکار:
گروه پرتوکاری در حال حاضر: الف: <input type="checkbox"/> ب: <input type="checkbox"/> ندارد: <input type="checkbox"/>		
آدرس منزل:		
تلفن منزل (تماس ضروری):		تلفن همراه:
در صورت مراجعه پرتوکار در موارد سوانح موارد زیر توسط فیزیک بهداشت تکمیل گردد:		
شرح سانحه: تاریخ: ساعت: محل وقوع حادثه:		
چگونگی پی بردن به سانحه و علت آن ذکر گردد:		
نوع رادیو نوکلئید و اکتیویته (میزان پرتوایی) آن:		
نوع پرتوایی: <input type="checkbox"/> چشمه باز <input type="checkbox"/> چشمه بسته		
α <input type="checkbox"/> β <input type="checkbox"/> γ <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> دیگر موارد (توضیح دهید):		
فاصله پرتوکار با منبع پرتوزا: مدت زمان کار پرتوکار با منبع پرتوزا (حضور در محیط):		
دزیمتر فردی: <input type="checkbox"/> فیلم بچ <input type="checkbox"/> TLD <input type="checkbox"/> قلمی		
میزان دز مؤثر دریافتی پرتوکار بر اساس نتایج دزیمتری فردی در دوره مراجعه، از ابتدای سال و دز ۵ ساله (برحسب mSv):		
۱- دز دوره: میلی سیورت ۲- دز از ابتدای سال (دز سالانه): میلی سیورت		
۳- دز ۵ ساله: میلی سیورت		
میزان متوسط دز محیطی محل کار (ثبت شده توسط سیستم‌های اندازه‌گیری محیطی یا پرتابل):		
وسایل حفاظتی که شخص استفاده کرده است:		
آیا محیط کار از لحاظ آلودگی کنترل شده است؟		
آیا شخص به مواد پرتوزا آلوده شده است؟		
آیا پرتوکار درگیر در سانحه دوره آموزشی حفاظت در برابر اشعه را گذرانده است؟		
آیا پرتوکار سابقه سانحه پرتوی یا پرتوگیری غیرعادی داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر توضیح دهید:		

❖ پرتوکار اصل این فرم و مستندات سانحه را هنگام مراجعه به پزشک معتمد و یا واحد قانونی همراه داشته باشد و مسئول فیزیک بهداشت رونوشت آن را در پرونده پرتوکاری جهت پیگیری‌های بعدی ثبت و بایگانی نماید.

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت

صفحه: ۱۶	شماره شناسه: INRA-RP- WI-100-00/30-3-Far.1395	دستورالعمل معاینه بالینی و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای
کل صفحات: ۲۱	بازنگری: سه	

فرم گواهی سلامت کارکنان

بدین وسیله اینجانب دکتر پزشک عمومی/متخصص با شماره نظام پزشکی گواهی می‌نمایم با توجه به نتایج معاینه و آزمایش‌های پزشکی بدو استخدام دوره‌ای پرتوگیری بیش از حد دز سانحه پرتوی خاتمه خدمت که براساس "دستورالعمل معاینه و آزمایش‌های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تأسیسات هسته‌ای" (با شماره شناسه INRA-RP-WI-100-00/30-3-Far.1395) انجام گرفته است، نتایج معاینه و آزمایش‌های پزشکی آقای/خانم در ارتباط با پرتوهای یونساز در محدوده طبیعی است و کار با منابع مولد پرتو برای ایشان بلامانع است.

تاریخ

مهر و امضا