

مرکز / شبکه : .....

نام واحد : .....

معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی

نام فرم : فرم ۳-۱۱۱

دوره تکمیل فرم : شش ماهه و یکساله

نوع واحد : ستاد  مرکز بهداشتی درمانی روستایی  پایگاه بهداشتی  مرکز بهداشتی درمانی شهری  کارخانه

بهداشت حرفه ای بیماریهای محیط کار

کد فرم : ۱۱۱-۰۲-۰۱

تاریخ تکمیل : /.../....

موارد ارجاع شده  نفر

مراجعه مستقیم  نفر

شاغلین مرد  ات

شاغلین زن تحت پوشش معاینات

نام بیماری گروه سنی و جنس	A-۲۲ آنتراکس (سیاه زخم)		C-۲۲ سرطانهای بدخیم کبد و کانالهای صفراوی		C-۳۰ بدخیمی های حفره بینی و گوش میانی		C-۳۲ نئوپلاسم بدخیم لارینکس		C-۴۴ نئوپلاسم بدخیم پوست		C-۴۵ مزوتلیوما		C-۶۷ نئوپلاسم بدخیم مثانه		E-۹۱ لوکمی		E-۵۹ مسمومیت با سرب		E-۶۴ مسمومیت با سیانید		D-۷۰ آکراٹوئوسیتوزیس		H-۲۶ کاتاراکت (آب مروارید)		
	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	
۱۸-۳۰	زن																								
	مرد																								
۳۱-۴۰	زن																								
	مرد																								
بالای ۴۱ سال	زن																								
	مرد																								

نام بیماری گروه سنی و جنس	H-۸۲ کاهش شنوایی شنغلی		J-۴۵ آسم شنغلی		J-۶۰ پنوموکونیوزیس کارگران زغال سنگ		J-۶۱ پنوموکونیوزیس ناشی از آزبستوزیس		J-۶۲ پنوموکونیوزیس به علت سیلیس		J-۶۳ سیدوزیس		J-۶۴ شرایط خاص تنفسی		J-۶۷ پنومونیوتیت افزایش حساسیتی		L-۲۳ درماتیت تماسی آلرژیک		L-۲۴ درماتیت التهابی		M-۶۵ اختلالات اسکلتی عضلانی دکروین و ...		M-۷۰ کمردرد مرتبط با کار		
	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	
۱۸-۳۰	زن																								
	مرد																								
۳۱-۴۰	زن																								
	مرد																								
بالای ۴۰ سال	زن																								
	مرد																								

تاریخ تکمیل فرم : ..... نام و امضاء : پزشک طب کار مرکز..... نام و امضاء : کارشناس بهداشت حرفه ای دانشگاه / دانشکده : .....