

**ASMENŲ, DIRBANČIŲ PROFESINĖS RIZIKOS SĄLYGOMIS,
SVEIKATOS PATIKRINIMO KLAUSIMYNAS**

Gimimo data _____ telefono Nr. _____ elektroninis paštas . _____

Klausimai į kuriuos prašoma atsakyti ir tinkamą atsakymą pažymėti X.

Kiek laiko dirbate pagal nurodytą profesiją? (įrašykite)	Ar anksčiau dėl sveikatos būklės buvo taikomi apribojimai darbe? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip (nurodykite kokie)
Ar turite širdies ir kraujagyslių ligoms būdingų nusiskundimų (krūtinės skausmą, dusulį krūvio metu, permušimus, ritmo sutrikimus, širdies infarktą, širdies įgimtą ligą, venų išsiplėtimą ar k.t.)	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite padidintą kraujospūdį ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar sirgote plaučių ligomis (plaučių uždegimu, bronchitu, bronchine astma, tuberkulioze ar k.t.) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite alergiją (alerginę slogą, akių alergiją, alerginę reakciją į vaistus, chemines medžiagas ar k.t.)?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite nusiskundimų būdingų virškinamojo trakto ligomis (žarnyno, kasos, kepenų, skandžio, tulžies pūslės ligoms (gelta, akmenligė, uždegimą, opaligę ar k.t.)) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar sergate cukriniu diabetu ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite pakitimų būdingų skydliaukės ligoms (mazginę, padidintą skydliaukę ar k.t.) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite nusiskundimų būdingų inkstų ir šlapimo takų ligoms (akmenligę, inkstų veiklos sutrikimų ar kitą) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite pakitimų būdingų kaulų- sąnarių-stuburo ligoms (artritą, artrozę, stuburo išvaržą ar k.t.) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite pakitimų būdingų kraujo ligoms (mažakraujystę, krešumo sutrikimus ar k.t.) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite pakitimų būdingų odos ligoms (žvynelinę, dermatitą ar k.t.) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite regėjimo sutrikimų (pablogėjusį matymą, ribotą matymą į šonus, dvejinimąsi, padidėjusį akispūdis, pablogėjusį atstumo įvertinimą, staigų matymo sutrikimą ar k.t.) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite nusiskundimų būdingų ausų-nosies-gerklės ligoms (prikurtimų, ūžimų ausyse, pusiausvyros sutrikimų ar k.t.) ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar sergate epilepsija ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar sirgote insultu ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar skundžiatės galvos svaigimu, dėmesio, mąstymo ar atminties sutrikimais ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite/turėjote kokių nors psichikos sutrikimų, gal sirgote kokia nors psichikos liga ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar vargina nuolatinis nuovargis, nemiga, būnate dirglus, nesusitvardantis ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turėjote minčių apie savižudybę ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar pastaruoju metu teko panaudoti šaunamąjį ginklą ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar piktnaudžiaujate alkoholiu, vartojate narkotines, svaigiąsias medžiagas?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turėjote operacijų, traumų (įrašykite)	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar rūkote? (jei taip, įrašykite kiek cigarečių per dieną?)	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turėjote/turite darbingumo apribojimų dėl sveikatos problemų ?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar šiuo metu turite nedarbingumo pažymėjimą	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar šiuo metu esate nėščia	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar Jums nustatyta profesinė liga	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar šiuo metu vartojate kokius nors medikamentus?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar turite kitų sveikatos nusiskundimų ?	

PATVIRTINIMAS: aš tvirtinu, kad įdėmiai perskaičiau klausimus, pateikiau išsamius, teisingus duomenis apie save ir nenuslėpiau nė vieno fakto dėl savo sveikatos būklės ar jos pokyčių bei duomenų apie atliktus papildomus tyrimus. Aš suprantu, kad dėl šiame klausimyne pateiktų neteisingų arba klaidinančių faktų apie savo sveikatą, gali kilti pavojus susižeisti ar susirgti profesine liga, taip pat sveikatą tikrinantis gydytojas gali uždrausti dirbti nurodytos profesinės rizikos sąlygoje ir taikyti tam tikrus apribojimus darbe.

Su viešosios įstaigos Šiaulių centro poliklinikos vidaus tvarkos taisyklėmis susipažinau.

Data: _____

Parašas: _____