

دستور العمل نحوه تکمیل فرم ۳-۱۱۱

گزارش دهنده	تاریخ شروع گزارش	تاریخ پایان گزارش	حداکثر زمان ارسال
مرکز بهداشتی درمانی شهری	اول اسفند ماه سالجاری	بیستم اسفندماه سالجاری	بیست و نهم اسفند ماه سالجاری
مرکز بهداشتی درمانی روستائی	بیست و نهم اسفند ماه سالجاری	دهم اردیبهشت ماه سال بعد	پانزدهم اردیبهشت ماه سال بعد
مرکز بهداشتی شهرستان	پانزدهم اردیبهشت ماه سالجاری	پانزدهم خردادماه سال بعد	اول تیر ماه سال بعد
سایر موارد	اول اسفندماه سالجاری	بیستم اسفندماه سالجاری	بیست و نهم اسفند ماه سالجاری

لازم است کلیه اطلاعات جمع آوری شده از تاریخ دوم مرداد ماه همان سال لغایت پایان وقت اداری روز پانزدهم مردادماه همان سال به ستاد مرکزی یعنی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز سلامت محیط و کار ارسال گردد .

در این فرم سایر موارد منظور کلیه مراکزی است که به نحوی تحت پوشش قانون کار نبوده و تابع قوانین استخدامی بطورمثال نیروی مسلح شهرداریها - صدا و سیما - نفت و ... میباشند ، خواهد بود .

مسئولیت حسن انجام جمع آوری اطلاعات به عهده مدیریت محترم سلامت محیط و کار و واحدبهداشت حرفه ای در صف و ستاد میباشد .

توضیحات :

موارد ارجاع شده : تعداد افراد غربالگر شده در طی انجام معاینات (بدو استخدام - ادواری و ...) ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی شهری ، روستائی و سایر موارد به مراکز تخصصی بالاتر است .

موارد مراجعه مستقیم : تعداد افراد غربالگر معاینه شده در طی انجام معاینات (بدو استخدام - ادواری و ...) است که پزشک صلاحیت دار به صورت قطعی درمورد ابتلاء به بیماری قضاوت بالینی نموده است .

قدیم : منظور افراد غربال شده ای میباشد که بیماری آنها قبل از تاریخ انجام معاینات (بدو استخدام - ادواری و ...) سالجاری ثابت شده است حرف ق مخفف کلمه قدیم میباشد .

جدید : منظور افراد غربال شده ای میباشد که بیماری آنها در طی انجام معاینات (بدو استخدام - ادواری و ...) سال جدید کشف گردیده است . حرف ج مخفف کلمه جدید میباشد .

توجه : کلیه افراد غربال شده در طی معاینات سالجاری که ارجاع میگرددند در مورد جدید تلقی میگرددند .

۲ - تکمیل قسمتهای بالا و پائین فرم الزامی است در صورت ناخوانا و ناقص بودن فرم فاقد اعتبار و عیناً عودت داده میشود .

۳ - مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مدیریت سلامت محیط و کار و یا کارشناس مسئول واحد بهداشت حرفه ای میباشد .

(۳) - فرم ۳-۱۱۱ در موقع ارسال باید مهمور به مهر واحد ارسال کننده باشد و فرم بدون مهر فاقد اعتبار و عیناً عودت داده میشود .

شاغلین مرد تحت پوشش معاینات :

منظور تعداد کل افراد مذکر تحت پوشش معاینات درمواجهه با عوامل زیان آور محیط کار است که واجد شرایط گروه سنی ذکر شده در فرم میباشد .

شاغلین زن تحت پوشش معاینات :

منظور تعداد کل افراد مؤنث تحت پوشش معاینات در مواجهه با عوامل زبان آور و محیط کار است که واجه شرایط گروه سنی ذکر شده در فرم میباشند .

کد بیماری:

کد بیماری : منظور شماره اختصاصی مربوط به شناسائی بیماری است که در ذیل جدول فرم ۳-۱۱۱ ذکر گردیده است بطور مثال در این فرم :

- ۲۲ - A آترکس (سیاه زخم) - ۲۲ - C سرطانهای بد خیم کبد و کانالهای صفراوی
 - ۳۰ - C بدخیمیهای حفره بینی و گوش میانی - ۲۲ - C نئوپلاسم یا سرطان بدخیم لارنکس یا حلق - ۴۴ -
 - C نئوپلاسم بدخیم پوست ، ۴۵ - C مزوتلیوما ، ۶۷ - C نئوپلاسم بدخیم مثانه - ۹۱ - C لوکمیا - ۵۹ - E
 - مسمومیت با سرب - ۶۴ - E مسمومیت با سیانید - ۷۰ - D گرانولوسیتوز - ۲۶ - H کاتاراکت (آب مروارید) ،
 - H - ۸۲ - H کاهش شنوایی شنلی - ۴۵ - J آسم شنلی - ۶۰ - J پنوموکونیوز کارگران ذغال سنگ یا C.W.P -
 - ۶۱ - J پنوموکونیوز ناشی از آزبستوز - ۶۲ - J پنوموکونیوز به علت سیلیس - ۶۳ - J سیدوروزیس -
 - ۶۷ - J پنومونیت افزایش حساسیتی - ۶۸ - J شرایط خاص تنفسی ، ۲۳ - C درمانیت تماسی آلرژیک ، ۲۴ -
 - L درمانیت التهابی - ۶۵ - M اختلالات عضلاتی ، ۷۰ - M کمر درد مرتبط با کار است .
- بدیهی است کلیه کدهای قید شده مربوط به بیماریهای ناشی از کار و مرتبط با کار در این فرم میباشد .
- اطلاعات مربوط به بیماری به صورت عامل موجه بیماری ، شنلی / صنعت و توضیحات لازم در مورد بیماری در جدول ضمیمه قید گردیده است که راهنمای جامعی از بابت فعالیتهای غربالگری معاینات شنلی در مشاغل مختلف است .

گروه سنی :

این فرم در برگیرنده سه گروه سنی به شرح ذیل است

۳۰ - ۱۸ سال / ۴۰ - ۳۱ سال / + ۴۱ (منظور ۴۱ سال به بالای میباشد).

گروه جنسی

این فرم در برگیرنده دو گروه جنسی مونث (زن) و مذکر (مرد) میباشد .

در این قسمت که شناسائی و نام بیماریهای قید شده در فرم به صورت توضیح عنوان بیماری قید گردیده است .

ق : منظور قدیم و ج منظور جدید طبق تعاریف پیشگفت است .

تاریخ تکمیل فرم : لازم است طبق اغلام وضعیت پیشگفت اقدام گردد .

نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای : منظور کارشناس بهداشت حرفه ای مسئول واحد سلامت کار حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده مربوطه میباشد .

نام و نام خانوادگی امضاء پزشک کار : لازم پزشک مسئول نسبت به مهمور نمودن این قسمت و امضا، خود اقدام لازم را به عمل خواهد آورد .

در صورت تکمیل فرم توسط واحد آمار ، فرم عیناً عودت داده خواهد شد . جهت در جریان قرار گرفتن واحد آمار میتوان نسبت به ارسال نسخه ای از آن به واحد مربوطه اقدام نمود . در انتها ضمن توجه دادن همکاران ارجمند جهت نحوه تکمیل فرم به دلیل پراهمیت بودن اطلاعات به منظور تعیین میزان برخورد و شیوع ، اکیداً درخواست میگردد که نسبت به تکمیل فرم با نهایت دقت عمل اقدام نمایند . اداره معاینات و بیماریهای شغلی دفتر سلامت محیط و کار آمادگی جهت پاسخ گوئی به سئوالات همکاران محترم در مقاطع مختلف را خواهد داشت .

موفق باشید

دکتر مسعود مصطفائی