

Oznaczenie placówki dydaktycznej  
(pieczęć, nadruk lub naklejka,  
zawierająca nazwę, adres,  
NIP, Regon)

**SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE  
do WOMP CP – L w Lublinie  
Filia Nr 1, ul. Nałęczowska 27, 20-701 Lublin**

Stosownie do przepisów:

- ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1175, z późn. zm.)
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019, poz. 1651).

**I. Kieruję na badania lekarskie:**

.....  
(imię/imiona i nazwisko) ..... (data urodzenia)

PESEL             .....

(w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

- kandydata\*/ ucznia\* szkoły ponadpodstawowej
- kandydata\*/słuchacza\* kwalifikacyjnych kursów zawodowych (badanie bezpłatne do 18 r.ż.)
- kandydata do szkoły wyższej\*, studenta\*
- doktoranta

.....  
(zakres kształcenia)

**II. W trakcie:**

- praktycznej nauki zawodu \*
- studiów \*
- kwalifikacyjnych kursów zawodowych \*
- kształcenia doktorantów \*

wyżej wymieniony/a będzie\* jest\* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/stażu uczniowskiego, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych lub studiów doktoranckich:

.....  
\* **właściwe podkreślić**

.....  
pieczęć (nadruk lub naklejka)  
imię, nazwisko i własnoręczny podpis  
kierującego na badania lekarskie

Lublin, dnia.....

Imię i nazwisko osoby badanej: .....

### BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej): .....

	Tak	Nie	Opis	
Urazy czaszki				
Urazy układu ruchu				
Omdlenia				
Padaczka				
Inne choroby układu nerwowego				
Choroby psychiczne				
Cukrzyca				
Choroby narządu słuchu / głosu				
Choroby narządu wzroku				
Choroby układu krwiotwórczego				
Choroby układu krążenia				
Choroby układu oddechowego				
Choroby układu pokarmowego				
Choroby układu moczowo - płciowego				
Choroby układu ruchu				
Choroby skóry / uczulenia				
Choroby zakaźne / pasożytnicze				
Wywiad ginekologiczno – położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne)				
Wywiad rodzinny*				
Inne problemy zdrowotne				
Palenie tytoniu			W przeszłości:	Obecnie:
Inne używki				

<b>Subiektywna ocena stanu zdrowia</b>	Bardzo dobre		Dobre		Raczej dobre		Raczej słabe		Słabe	
--	--------------	--	-------	--	--------------	--	--------------	--	-------	--

	Tak	Nie	Opis - uwagi	
Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakie ? Kiedy ?				
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ?				
Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ?				

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....  
(podpis badanego)

.....  
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

\* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.

**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM  
EPIDEMIOLOGICZNY ZAKAŻEN KOROAWIRUSEM SARS-COV-2**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania / pobytu  
.....

Telefon kontaktowy pacjenta.....

**Pytania dotyczące triażu**

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) /dziecko/podopieczny, któryś z domowników/ za granicą?

Tak

Nie

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał Pan(i) w szpitalu lub innej placówce zdrowotnej (np. ZOL)

Tak

Nie

3) Czy miał/ma Pan(i) kontakt z osobą, która jest objęta kwarantanną lub izolacją?

Tak

Nie

4) Czy jest Pan(i) objęty/a/ kwarantanną lub izolacją

Tak

Nie

5) Czy miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Tak

Nie

6) Czy w ciągu ostatnich 3 dni stosował Pana(i) leki przeciwgorączkowe?

Tak

Nie

7) Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)			
Temperatura powyżej 37, 5 st. C			
Kaszel			
Duszność/trudność w nabieraniu powietrz			
Zaburzenia smaku lub powonienia (węchu)			
inne			

**Oświadczam, że zrozumiałem/am/ treść zadawanych pytań i odpowiedziałem/am/ na nie zgodnie z prawdą pod rygorem odpowiedzialności z art. 233 par. 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r – Kodeks karny: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”**

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego\*

.....

\* jeżeli dotyczy

Pomiar temperatury wykonany w WOMP CP-L w Lublinie ..... st. C

Podpis personelu wykonującego pomiar temperatury i dokonującego triażu

.....