

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο	Αριθμός Μητρώου	Έγγαμος.... Άγαμος.... Χήρος/α.... Διαζ/νος/η.... Άλλο	Ημερομηνία Γέννησης	Δ/νση
Όνομα .....	.....	.....	.....	.....
Πατρώνυμο .....	.....	.....	.....	.....
Φύλο	Ημερομηνία Πρόσληψης	.....	Τόπος Γέννησης	Τηλέφωνο
Ανδρας .....	.....	.....	.....	.....
Γυναίκα .....	.....	.....	.....	.....
Τέκνα (αριθμός)	Γραμματικές Γνώσεις	Εκπαίδευση σε Πρώτες Βοήθειες N/O	Θέλετε να εκπαιδευτείτε N/O	Εθελοντής Αιμοδότης N/O
Αγόρια .....	.....	.....	.....	.....
Κορίτσια .....	.....	.....	.....	.....
Υπηρετήσατε στο Στρατό; N/O		Σώμα	Όπλο	Αιτία αναβολής

ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ειδικότητα Θέση Εργασίας

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Είδος Εργασίας	Από	Έως	Επιχείρηση	Πόλη ή Χώρα
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Άσκηση δεύτερου επαγγέλματος N/O, Αν ναι, τι;				
Απασχόληση στον ελεύθερο χρόνο (Hobbies)				
Ομάδα αίματος	Βάρος (Kg)	Ύψος (cm)	BMI	Παρατηρήσεις
.....
Εμβόλια				
Αντιτετανικό	A δόση	B δόση	Γ δόση	Αναμνηστικές
.....
.....
.....
Κάπνισμα	Τσιγάρα/μέρα	Καπνός (gr) / ημέρα	Άλλο	
Τώρα N/O	
Ηλικία έναρξης	
Στο παρελθόν N/O	
Αιτία διακοπής	
Αλκοόλ N/O	Κρασί (ποτήρι/μέρα)	Μπύρα (ποτήρι/μέρα)	Άλλο (ποτήρι/μέρα)	
.....	

Οικογενειακό Ιστορικό		
	Αν κάποιος έχει πεθάνει, αιτία και ηλικία θανάτου.	
Πατέρας	Πάσχει/ουν από:	
Μητέρα	1. Σακχαρώδη Διαβήτη	6.
Αδέλφια	2. Καρκίνο	7.
.....	3. Στεφανιαία νόσο	8.
Παιδιά	4. Υπέρταση	9.
.....	5. Άσθμα	10.
Ατομικό Ιστορικό Υγείας		
Έχετε αρρωστήσει ποτέ από:		
Νόσημα/σύμπτωμα		Πότε _____
- δερματική νόσο		.....
- νόσο πνευμόνων (βρογχικά, φυματίωση, άσθμα)		.....
- οσφυαλγία, ισχυαλγία		.....
- κωλικό, ουρολοίμωξη, νεφρολιθίαση		.....
- έλκος, γαστρορραγία, άλλη νόσο στομάχου		.....
- κολίτιδα, χρόνια διάρροια, νόσο εντέρου		.....
- Αλλεργία		.....
- Αναιμία		.....
- ρευματικά, αρθριτικά		.....
- απώλεια συνείδησης, επιληπτική κρίση, σπασμοί		.....
- επίμονο πονοκέφαλο, ημικρανία		.....
-
-
-
.....	
Γυναικολογικό Ιστορικό		
Τοκετοί Φ.Τ.	K.Τ.	
Εμμηνόπαυση ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Έχετε νοσηλευτεί ποτέ σε νοσοκομείο;	N/O	Αν ναι:
Αιτία Διάρκεια		
Έχετε κάνει ποτέ εγχείρηση;	N/O	Αν ναι:
Αιτία		Διάρκεια
.....	
.....	
.....	
Έχετε πάθει ποτέ ατύχημα;	N/O	Αν ναι:
Αιτία		Διάρκεια
.....	
.....	
.....	
Έχετε βήχα, φλέμματα συχνά (ιδίως το χειμώνα);	N/O	
Έχετε χρόνια δυσκοιλιότητα;	N/O	
Έχετε συχνά πόνους στον αυχένα, καρπό, μέση;	N/O	
Πήρατε ή παίρνετε φάρμακα (ηρεμιστικά ή άλλα);	N/O	Αν ναι ποια:
.....	
.....	
.....	
Φορέσατε ή φοράτε γυαλιά;	N/O	
Πότε κάνατε τελευταία οφθαλμολογική εξέταση;		.....

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Καρδιαγγειακό

Ρυθμός Σφύξεις Α.Π. (mmHg)

Αναπνευστικό

Σπιρομέτρηση Ακτινογραφία Θώρακα

Αισθητήρια

Ακοομέτρηση: Αριστερό ους: Δεξιό ους:

Οπτική εξέταση: ΑΟ: ΔΟ: Χρωματοψία:

Δέρμα

Ουλές Σπίλοι

Έκζεμα Ψωρίαση

Κυάνωση

Μυοσκελετικό

Άνω άκρα Χέρια

Κάτω άκρα Πόδια

Σπονδυλική Στήλη

Ουροποιητικό

Νεφροί

Κύστη

Προστάτης

Πεπτικό

Κοιλία

Ήπαρ

Σπλήνας

Κήλες

Νευρικό

Αντανακλαστικά κόρης στο φως

Τενόντια αντανακλαστικά Αχίλλεια αντανακλαστικά

Τρόμος

Ενδοκρινικό

Συμπέρασμα:

Ικανός για οποιαδήποτε εργασία
Παραπομπή για εξέταση από ειδικό

Ικανός με προϋποθέσεις
Παραπομπή για συνταξιοδότηση

Ημερομηνία

Υπογραφή