

بسمه تعالی

کد فرم ۱۱-۳ سال:	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان اصفهان شبکه بهداشت و درمان شهرستان بویین میاندشت																اصفهان	مرکز بهداشت استان مرکز بهداشت شهرستان مرکز بهداشتی و درمانی شهری مرکز بهداشتی و درمانی روستایی سایر موارد
	بویین میاندشت																	
	---																	
	---																	

شاغلین مرد تحت پوشش معاینات :

شاغلین زن تحت پوشش معاینات :

بهداشت حرفه ای

بیماری های شغلی

موارد ارجاع شده : نفر

مراجعه مستقیم : نفر

کد بیماری		H-۸۳		J-45		J-۶۰		J-۶۲		J-۶۳		J-۶۴		J-۶۷		L-۲۳		L-۲۴		M-۵۶		M-۷۰		J-۶۱	
گروه		ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج
سنی	جنسی																								
۱۸-۳۰	زن																								
	مرد																								
۳۱-۴۰	زن																								
	مرد																								
۴۱+	زن																								
	مرد																								
راهنما	کاهش شنوایی H-۸۳ آسم شغلی J-۴۵ پنموکونیوزیس کارگران ذغال سنگ J-۶۰																								
ق- قدیم	پنموکونیوزیس ناشی از سیلیس J-۶۲ سیدروزیس J-۶۳ پنومونیت افزایش حساسیتی J-۶۷ شرایط خاص تنفسی J-۶۴																								
ج- جدید	درماتیت تماس آلرژیک L-۲۳ درماتیت التهابی L-۲۴ اختلالات اسکلتی - دکورین M-۵۶ کمردرد M-۷۰ پنموکونیوزیس ناشی از آسبستوز J-۶۱																								

کد بیماری		A-۲۲		C-22		C-۳۰		C-۳۲		C-۴۴		C-۴۵		C-۶۷		C-۹۱		E-۵۹		E-۶۴		D-۷۰		H-۲۶	
گروه		ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج
سنی	جنسی																								
۱۸-۳۰	زن																								
	مرد																								
۳۱-۴۰	زن																								
	مرد																								
۴۱+	زن																								
	مرد																								
راهنما	آنتراکس ( سیاه زخم ) A-۲۲ سرطانهای بدخیم کبد و کانالهای صفراوی C-۲۲ بدخیمیهای حفره بینی و گوش میانی C-۳۰																								
ق- قدیم	نئوپلاسم بدخیم لارنکس C-۳۲ نئوپلاسم بدخیم پوست C-۴۴ مزوتلیوما C-۴۵ نئوپلاسم بدخیم مثانه C-۶۷																								
ج- جدید	لوکیمییا C-۹۱ مسمومیت با سرب E-۵۹ مسمومیت با سیانید E-۶۴ آگرانولوسیتوزیس D-۷۰ کاتارکت H-۲۶																								
تاریخ تکمیل فرم :																									
نام و نام خانوادگی کارشناس												نام و نام خانوادگی و امضاء													
بهداشت حرفه ای:																									