|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIVERSITATEA TEHNICĂ**  **„GHEORGHE ASACHI” DIN IAŞI**  **Medicina Muncii** | **Anexa 4**  **PROCEDURA PENTRU SUPRAVEGHEREA STĂRII DE SĂNĂTATE A LUCRĂTORILOR** | Cod: F03 | |
| Ediţia: 1 | Revizia 0 |
| Pagina 1/2 | |
| Exemplar nr. 1 | |

**Anexa nr. 4 din H.G. 355/2007; H.G. 1169/2011**

**DOSAR MEDICAL Nr. .................**

**Numele: .................................................................., prenumele:........................................................**

**Sex: M |\_| F |\_|; vârsta ................, data naşterii: ...........................................................................**

**CNP .......................................................................................................................................................**

**Adresa: .............................................................................................................................................**

**Ocupaţia/Funcţia: .....................................................................................................................**

**Formarea profesională: ..............................................................................................................**

**Ruta profesională**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Postul şi locul de muncă | Perioada | Ocupaţia/Funcţia | Noxe |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Activităţi îndeplinite la actualul loc de muncă: | | | |

**Boli profesionale da |\_|; nu |\_|**

**Accidente de muncă da |\_|; nu |\_|**

**Medic de familie: .............................................................................., tel.: ..................**

|  |
| --- |
| Declar pe propria răspundere că nu sunt în evidenţă cu epilepsie, boli psihice, boli neurologice şi nu sunt sub tratament pentru boli neuropsihice, diabet: ................................... |

**ANTECEDENTE HEREDOCOLATERALE ..................................**

**ANTECEDENTE PERSONALE FIZIOLOGICE ŞI PATOLOGICE/vaccinări/droguri**

**UM: ......................, naşteri ..................**

**Fumat: 0 |\_|/de la .......... ani, în medie ............ ţigări/zi**

**Alcool: 0 |\_|/ocazional |\_|**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Examen medical la angajare:**

**T ............... cm G ............ kg IMC: obezitate nu |\_| da |\_| grad**

|  |  |
| --- | --- |
| EXAMEN CLINIC: | |
| 1. tegumente şi mucoase ................................................ | |
| 2. ţesut celular subcutanat .............................................. | |
| 3. sistem ganglionar ....................................................... | |
| 4. aparat locomotor ........................................................ | |
| 5. aparat respirator ......................................................... | |
| 6. aparat CV: .................................................................. | |
| TA .......... mmHg, AV ......./min, pedioase ................, varice ................ | |
| 7. aparat digestiv ............................... | |
| 8. aparat urogenital ........................... | |
| 9. SNC, analizatori: .......................... | |
| a) acuitate vizuală - vedere cromatică - vedere în relief fără corecţie optică |\_| cu corecţie optică: OD ....... OS ........... | |
| b) voce tare - voce şoptită | |
| 10. sistem endocrin .............................. | |
| Concluzii examen clinic: | |
| |\_| sănătos clinic în momentul examinării | Semnătura şi parafa medicului |
| |\_| diagnostic: .......................................... |
| EXAMENE SUPLIMENTARE (conform anexei):  .................................................................................................................... | |

**Concluziile examinării de specialitate (medicina muncii):**

**|\_| sănătos clinic în momentul examinării**

**|\_| diagnostic: ..........................................**

**AVIZ MEDICAL:**

**pentru exercitarea ocupaţiei/funcţiei .................................**

**Recomandări:**

|  |  |
| --- | --- |
| Apt | |\_| ................................................................................................. |
| Apt condiţionat | |\_| ................................................................................................. |
| Inapt temporar | |\_| ................................................................................................. |
| Inapt | |\_| ................................................................................................. |

**Medic de medicina muncii,**

**..............................** **(semnătura şi parafa)**

**Data:**

**Data următorului examen medical:**