

مرکز / شبکه : .....

نام واحد : .....

معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی

کد فرم: 111-02-01

تاریخ تکمیل: /.../.../...

نام فرم: فرم 3-111

دوره تکمیل فرم: شش ماهه و یکساله

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی روستایی  پایگاه بهداشتی  مرکز بهداشتی درمانی شهری  کارخانه  ستاد

بهداشت حرفه ای بیماریهای محیط کار

موارد ارجاع شده  نفر

مراجعه مستقیم  نفر

شاغلین مرد تحت پوشش معاینات

شاغلین زن تحت پوشش معاینات

نام بیماری گروه سنی و جنسی	A-22 آنتراکس (سیاه زخم)		C-22 سرطانه‌های بدخیم کبد و کانه‌های صفراوی		C-30 بدخیمی های حفره بینی و گوش میانی		C-32 نئوپلاسم بدخیم لارینکس		C-44 نئوپلاسم بدخیم پوست		C-45 مزولیبوما		C-67 نئوپلاسم بدخیم ممانه		E-91 لوکمیا		E-59 مسمومیت با سرب		E-64 مسمومیت با سیانید		D-70 آکروتولوستوزیس		H-26 کاتاراکت (آب مروارید)		
	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	
18-30	زن																								
	مرد																								
31-40	زن																								
	مرد																								
بالای 41 سال	زن																								
	مرد																								

نام بیماری گروه سنی و جنسی	H-83 کاهش شنوایی شغلی		J-45 آسم شغلی		J-60 پنوموکونیوزیس کارگران زغال سنگ		J-61 پنوموکونیوزیس ناشی از آزستوزیس		J-62 پنوموکونیوزیس به علت سیلیس		J-63 سیدروزیس		J-64 شرایط خاص تنفسی		J-67 پنومونیوت افزایش حساسیتی		L-23 درمانیت تماسی آرژیک		L-24 درمانیت التهابی		M-65 اختلالات اسکلتی عضلانی د کورون و .....		M-70 کمردرد مرتبط با کار		
	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	جدید	قدیم	
18-30	زن																								
	مرد																								
31-40	زن																								
	مرد																								
بالای 40 سال	زن																								
	مرد																								

تاریخ تکمیل فرم: ..... نام و امضاء: پزشک طب کار مرکز: ..... نام و امضاء: کارشناس بهداشت حرفه ای دانشگاه / دانشکده: .....