

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

فرم ۳-۱۱۱

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

مرکز بهداشت شهرستان:

سایر موارد:

مرکز بهداشتی درمانی شهری:

مرکز بهداشت استان:

نام واحد:

سال:

شاغلین مرد تحت پوشش معاینات:

شاغلین زن تحت پوشش معاینات:

نام بیماری گروه سنی		A-22 آنتراکس سیاه زخم		C-22 سرطانهای بدخیم کبد و کانالهای صفراوی		C-30 بدخیمی های حفره بینی و گوش میانی		C-32 نئوپلاسم بدخیم لارنکس		C-44 نئوپلاسم بدخیم پوست		C-45 مزولنبوما		C-67 نئوپلاسم بدخیم مثانه		C-91 لوکمیا		E-59 مسمومیت با سرب		E64 مسمومیت با سیانید		D-70 آکرنولوسینوزیس		H-26 کاناراکت 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
۱۸-۳۰	زن																								
	مرد																								
۳۱-۴۰	زن																								
	مرد																								
بالای ۴۱ سال	زن																								
	مرد																								

نام بیماری گروه سنی		H-83 کاهش شنوایی شغلی		J-45 آسم شغلی		J-60 پنوموکونیزیس کارگران زغال سنگ		J-61 پنوموکونیزیس ناشی از آزبستوزیس		J-62 پنوموکونیزیس به علت سیلیس		J-63 سیدروزیس		J-64 شرایط خاص تنفسی		J-67 پنومونیوت افزایش حساسیتی		L-23 درمانیت تماسی آلرژیک		L-24 درمانیت التهابی		M-65 اختلالات اسکلتی عضلانی دکورویین 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
۱۸-۳۰	زن																								
	مرد																								
۳۱-۴۰	زن																								
	مرد																								
بالای ۴۱ سال	زن																								
	مرد																								

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضا کارشناس بهداشت حرفه ای مرکز:

نام و امضا: پزشک مرکز: