

328**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 16 stycznia 2003 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy
oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania**

Na podstawie art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. Nr 96, poz. 593, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 84, poz. 948, z 2001 r. Nr 63, poz. 634 i Nr 111, poz. 1194 oraz z 2002 r. Nr 135, poz. 1145) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania (Dz. U. Nr 120, poz. 768) wprowadza się następujące zmiany:

1) § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1. 1. Dokumentacja medyczna służby medycyny pracy w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi obejmuje:

- 1) dokumentację medyczną indywidualną, którą stanowią:
 - a) karta badania profilaktycznego,
 - b) wkładka do karty badania profilaktycznego,
 - c) wkładka do dokumentacji lekarza rodzinnego przeprowadzającego badanie profilaktyczne,
- 2) dokumentację medyczną zbiorczą, którą stanowią:
 - a) rejestr zaświadczeń lekarskich wydawanych do celów określonych w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. b) ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy, zwanej dalej „ustawą”,
 - b) rejestr zaświadczeń lekarskich wydawanych do celów określonych w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. c) ustawy,
 - c) księga przeprowadzonych kontroli,
 - d) księga podejrzeń oraz rozpoznań chorób zawodowych,
 - e) księga udzielonych konsultacji,
 - f) księga odwołań od treści zaświadczeń wydanych do celów określonych w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. b) i c) ustawy,
 - g) księga wizytacji stanowisk pracy.
2. Wzór karty badania profilaktycznego, o której mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a), stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.
3. Wzór wkładki do karty badania profilaktycznego, o której mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b), stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.
4. Wzór wkładki do dokumentacji lekarza rodzinnego przeprowadzającego badanie profilaktyczne, o której mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c), stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia.”;

2) w § 5 ust.1 otrzymuje brzmienie:

„1. Księgę przeprowadzonych kontroli prowadzi wojewódzki ośrodek medycyny pracy — w odniesieniu do kontroli podstawowych jednostek służby medycyny pracy, będących zakładami opieki zdrowotnej, oraz lekarzy i pielęgniarek praktykujących indywidualnie.”;

3) w § 6 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Księgę prowadzą:

- 1) podstawowe jednostki służby medycyny pracy w zakresie danych wymienionych w ust. 1 pkt 1—4 i 6,
- 2) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy i jednostki badawczo-rozwojowe w dziedzinie medycyny pracy w zakresie danych wymienionych w ust. 1 pkt 1—6.”;

4) w § 8 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Księgę prowadzą:

- 1) podstawowe jednostki służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy w zakresie danych wymienionych w ust. 1 pkt 1—4 w odniesieniu do odwołań od treści zaświadczeń wydanych przez te jednostki,
- 2) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy oraz jednostki badawczo-rozwojowe w dziedzinie medycyny pracy — w zakresie danych wymienionych w ust. 1 pkt 1—5 w odniesieniu do rozpatrywanych odwołań.”;

5) w § 10 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku zakończenia działalności przez podstawową jednostkę służby medycyny pracy dokumentacja medyczna tej jednostki jest przekazywana do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, na którego obszarze działania jednostka ta prowadziła działalność.”;

6) § 11 otrzymuje brzmienie:

„§ 11. Okres przechowywania indywidualnej dokumentacji medycznej służby medycyny pracy wynosi 20 lat, a w odniesieniu do pracowników zawodowo narażonych na czynniki rakotwórcze lub mutagenne — 40 lat po ustaniu narażenia.”;

7) do rozporządzenia dodaje się załączniki nr 1—3 w brzmieniu określonym w załącznikach nr 1—3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *M. Łapiński*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2003 r. (poz. 328)

Załącznik nr 1

WZÓR

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Rodzaj badania profilaktycznego	wstępne (W); okresowe (O); kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M), badanie celowane (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)
Objęty opieką jako	pracownik (P); praca nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko																	
Identyfikator (PESEL)													Data urodzenia		dzień - miesiąc	rok	pleć
																M / K	
Adres zamieszkania													kod pocztowy				
Wykształcenie / zawód wykonywany													NIP				

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy

Nazwa													REGON		
Adres													kod pocztowy		--

Stanowisko pracy

Skierowanie od pracodawcy*	Tak	Nie
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy	Tak	Nie
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	Tak	Nie
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy	Tak	Nie

	dd	-	m-c	-	rok
Data założenia karty					
Data badania					
Data następnego badania					

* W razie braku skierowania od pracodawcy i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

Wywiad zawodowy

Nazwa zakładu pracy/ pracodawcy (wydział/oddział)	Stanowisko pracy	Okres zatrudnienia	Czynniki szkodliwe /uciążliwe	Okres zatrudnienia w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	NIE	TAK
a) stwierdzono chorobę zawodową?		
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?		
c) badany (a) uległ (a) wypadkowi w pracy?		
d) przyznano świadczenie rentowe?		

jaką?

kiedy?

kiedy?

kiedy?

Nr z wykazu chorób
zawodowych

Z jakiego powodu?

Opis skutków zdrowotnych wypadku

Z jakiego powodu:

{choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O)}?

Wywiad lekarski

Skargi badanego (ej)

	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowego			
Choroby układu ruchu			
Uczulenia			
Wywiad rodzinny ¹			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu obecnie			Ile sztuk dziennie?
Palenie tytoniu w przeszłości			Ile lat?

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	B. słabe	Inna ocena

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przebył(a) zabieg/i operacyjny/ych? Jakiej? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?			

Podpis badanego

¹ Zwłaszcza alergie (astma), cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory.

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost	Masa ciała	Tętno	RR
--------	------------	-------	----

	Norma	Patologia	Patologia (opis)	Nr kodu ICD 10
Skóra				
Czaszka				
Węzły chłonne				
Gałki oczne				
Wzrok				
Słuch				
Nos				
Jama ustno-gardłowa				
Zęby				
Szyja				
Klatka piersiowa				
Płuca				
Układ sercowo-naczyniowy				
Brzuch				
Wątroba i pęcherzyk żółciowy				
Śledziona				
Trzustka				
Układ moczowy				
Układ ruchu				
Układ nerwowy				
Stan psychiczny				

* Stwierdzenie „normy” lub „patologii” należy dokonać przy uwzględnieniu co najmniej zakresu objawów określonych w karcie pomocniczej; odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „v”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.

BADANIA FOMOCNICZE

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania (najważniejsze)

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne Nie Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych Nie Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

Rozpoznanie:

Zalecenia:

Nazwisko lekarza rodzinnego (adres praktyki)

Informacje dla lekarza rodzinnego:

ORZECZENIE

- a) brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku _____
- b) przeciwwskazania zdrowotne do pracy na stanowisku _____

WYDANO ZAŚWIADCZENIE O:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych
- przeciwwskazaniach zdrowotnych
- niezdolności badanego (nej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
- szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
 - niemożność wykonywania dotychczasowej pracy przez kobiety w ciąży
 - zagrożenie; jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego
 - podejrzenie powstania choroby zawodowej
 - niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy

Pieczęć i podpis lekarza

Karta pomocnicza

Minimalny zakres objawów podlegających ocenie w toku badania przedmiotowego

Skóra	zabarwienie, wilgotność, ucieplenie, wykwit, blizny, obrzęki
Czaszka	symetria, bolesność opukowa
Węzły chłonne	wielkość, bolesność okolicy węzłów
Gałki oczne	powieki, spojówki (wilgotność, zabarwienie), gałki oczne (osadzenie, ruchomość), źrenice (okragłość, równe, reakcja na światło, zbieżność i nastawienie)
Wzrok	VOD, VOS, ostrość wzroku, widzenie barwne
Sluch	szept z odległości 5-6 m, ucho lewe i prawe
Nos	drożność, skrzywienie przegrody
Jama ustno-gardłowa	błona śluzowa (zabarwienie, wilgotność, wykwit), język (wygląd, ruchomość), migdałki (wielkość, naloty), podniebienie miękkie
Zęby	wylęczone, do leczenia, stan dziąseł
Szyja	symetria, ruchomość, wypełnienie żył szyjnych, tarczycza (wielkość)
Klatka piersiowa	kształt, symetria, ruchomość oddechowa, bolesność uciskowa. U kobiet gruczoł piersiowy (bolesność, guzki)
Płuca	granice płuc, ruchomość oddechowa, odgłos opukowy, szmer oddechowy, szmery dodatkowe
Układ sercowo-naczyniowy	serce (granice, uderzenie koniuszkowe), czynność serca (miarowość, częstota, tony, akcentacja, szmery), tętno na tt. obwodowych, żyłki kończyn
Brzuch	wysklepienie i napięcie powłok, bolesność uciskowa, opory patologiczne, przepukliny
Wątroba i pęcherzyk żółciowy	wielkość, bolesność, objaw Chęłmońskiego, opory patologiczne
Śledziona	wielkość, bolesność w okolicy narządu
Trzustka	bolesność, przeczulica
Układ moczowo-płciowy	objaw Goldflama
Układ ruchu	stawy (ruchomość bierna i czynna, zabarwienie i ucieplenie skóry w okolicach stawów, zniekształcenia), mięśnie, (masa, siła i napięcie mm kończyn), kręgosłup (krzywizny fizjologiczne, ruchomość, bolesność)
Układ nerwowy	odruchy fizjologiczne, odruchy patologiczne, niezborność ruchów, czucie głębokie i powierzchniowe

WZÓR

WKŁADKA DO KARTY BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Nr kolejny wkładki

Rodzaj badania profilaktycznego	wstępne (W); okresowe (O); kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M), badanie celowane (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)
Objęty opieką jako	pracownik (P); praca nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / lekarza przeprowadzającego badanie profilaktyczne

I. Dane identyfikacyjne osoby objętej badaniami

Imię i nazwisko	Data urodzenia										rok
	dzień - miesiąc										
Identyfikator (PESEL)	pleć										
	M / K										
NIP											

II. Dane identyfikacyjne miejsca pracy

Nazwa	REGON									
Adres	kod pocztowy									

Stanowisko pracy

	rok	-	m-c	-	dzień
Data założenia karty		-	-	-	
Data badania		-	-	-	
Data następnego badania		-	-	-	

Skierowanie od pracodawcy*	Tak	Nie
Informacja o czynnikach szkodliwych na stanowisku pracy	Tak	Nie
Wyniki pomiarów czynników szkodliwych	Tak	Nie
Informacja o czynnikach uciążliwych na stanowisku pracy	Tak	Nie

* W razie braku skierowania od pracodawcy i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

Od ostatniego badania w dniu zmieniły się następujące dane dotyczące:

wywiadu zawodowego	
przebytych chorób	
wypadków / urazów	
natógów	
świadczeń rentowych	

Wywiad lekarski

Skargi badanego (ej)

 Dane dotyczące wywiadu nie uległy zmianie od ostatniego badania w dniu

	Tak	Nie	Opis
Urazy czaszki			
Urazy układu ruchu			
Omdlenia			
Padaczka			
Inne choroby układu nerwowego			
Choroby psychiczne			
Cukrzyca			
Choroby narządu słuchu			
Choroby narządu wzroku			
Choroby układu krążenia			
Choroby układu krwiotwórczego			
Choroby układu oddechowego			
Choroby układu pokarmowego			
Choroby układu moczowego			
Choroby układu ruchu			
Uczulenia			
Wywiad rodzinny ¹			
Inne problemy zdrowotne			
Palenie tytoniu obecnie.			Ile sztuk dziennie?
Palenie tytoniu w przeszłości			Ile lat?

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Dobre	Raczej dobre	Raczej słabe	B. słabe	Inna ocena

	Tak	Nie	Opis - uwagi
Czy badany(a) przeżył(a) zabieg/i operacyjny/e? Jakiej? Kiedy?			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?			
Czy badany(a) przyjmuje leki? Jakiej?			

 Podpis badanego

¹ Zwiększa alergię (astma), cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory.

BADANIE PRZEDMIOTOWE*

Wzrost	Masa ciała	Tempo	RR
--------	------------	-------	----

 Dane dotyczące badania przedmiotowego nie uległy zmianie od ostatniego badania w dniu

Patologia (opis)		Nr kodu ICD 10
Skóra	Norma Patologia	
Czaszka		
Węzły chłonne		
Gałki oczne		
Wzrok		
Słuch		
Nos		
Jama ustno-gardłowa		
Zęby		
Szyja		
Klatka piersiowa		
Płuca		
Układ sercowo-naczyniowy		
Brzuch		
Wątroba i pęcherzyk żółciowy		
Sledziona		
Trzustka		
Układ moczowy		
Układ ruchu		
Układ nerwowy		
Stan psychiczny		

* Stwierdzenie „normy” lub „patologii” należy dokonać przy uwzględnieniu co najmniej zakresu objawów określonych w karcie pomocniczej; odpowiednie rubryki wypełnia się przez postawienie znaku „v”, przy czym stwierdzenie patologii powinno być uzupełnione jej opisem.

BADANIA POMOCNICZE

Lp.	Rodzaj badania	Data skierowania	Data wykonania badania	Wyniki badania (najważniejsze)

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Lp.	Skierowanie do specjalisty	Data skierowania	Data konsultacji	Wynik konsultacji

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne Nie Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych Nie Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

Rozpoznanie:

Zalecenia:

Nazwisko lekarza rodzinnego (adres praktyki)

Informacje dla lekarza rodzinnego:

--

ORZECZENIE

- a) brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku _____
- b) przeciwwskazania zdrowotne do pracy na stanowisku _____

WYDANO ZAŚWIADCZENIE O:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych
- przeciwwskazaniach zdrowotnych
- niezdolności badanego (nej) do wykonywania dotychczasowej pracy i konieczności przeniesienia na inne stanowisko ze względu na:
- szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie
 - niemożność wykonywania dotychczasowej pracy przez kobietę w ciąży
 - zagrożenie, jakie stwarza wykonywana praca dla zdrowia młodocianego
 - podejrzenie powstania choroby zawodowej
 - niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy ze względu na stwierdzoną chorobę zawodową lub skutki wypadku przy pracy

Pieczęć i podpis lekarza

WZÓR

Wkładka do dokumentacji lekarza rodzinnego (badanie profilaktyczne)

Rodzaj badania profilaktycznego	wstępne (W); okresowe (O); kontrolne (K)
Pozostała działalność profilaktyczna	monitoring stanu zdrowia (M), badanie celowane (C), czynne poradnictwo (D), inne (I)
Objęty opieką jako	pracownik (P); praca nakładczą (N); pobierający naukę (U); na własny wniosek (W)

Imię i nazwisko	Data urodzenia									
Identyfikator (PESEL)	dzień - miesiąc rok									

Dane identyfikacyjne miejsca pracy

Nazwa	REGON									
-------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stanowisko pracy

Skierowanie od pracodawcy*	Tak	Nie
Informacja o stanowisku pracy	Tak	Nie

	dd	-	m-c	-	rok
Data założenia karty		-		-	
Data badania		-		-	
Data następnego badania		-		-	

* W razie braku skierowania od pracodawcy i informacji o czynnikach szkodliwych i uciążliwych badanie profilaktyczne nie powinno być podejmowane.

Wywiad zawodowy

Nazwa zakładu pracy/ pracodawcy (wydział/oddział)	Stanowisko pracy	Okres zatrudnienia	Czynniki szkodliwe /uciążliwe	Okres zatrudnienia w narażeniu

Czy w przebiegu pracy zawodowej:	jaką?	Nr z wykazu chorób zawodowych
a) stwierdzono chorobę zawodową?	kiedy?	
b) lekarz wnioskował o zmianę stanowiska pracy ze względu na stan zdrowia?	kiedy?	
c) badany(a) uległ(a) wypadkowi w pracy?	kiedy?	
d) przyznano świadczenie rentowe?	kiedy?	

Nr z wykazu chorób
zawodowych

Z jakiego powodu?

Opis skutków zdrowotnych wypadku

Z jakiego powodu:

{choroby zawodowej (Z); wypadku w pracy (W); ogólnego stanu zdrowia (O)}?

Podpis badanego

Zakres badań poszerzony poza wskazówki metodyczne Nie Tak

Lp.	Rodzaj badania	Uzasadnienie

Zmiana częstotliwości wykonywania badań okresowych Nie Tak

Uzasadnienie zmiany częstotliwości wykonywania badań:

ORZECZENIE

a) brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku _____

b) przeciwwskazania zdrowotne do pracy na stanowisku _____

WYDANO ZAŚWIADCZENIE O:

- braku przeciwwskazań zdrowotnych

- przeciwwskazaniach zdrowotnych

Pieczęć i podpis lekarza