

کاربرگ بازگشت به کار شاغلین با سابقه ابتلا به کووید-۱۹

نام و نام خانوادگی:	سن:	کدملی:
واحد سازمانی:	شاغل در حوزه:	شماره پرسنلی:
شرح حال و معاینه فیزیکی:		
پاراکلینیک:		
<p>نظریه پزشک مجاز:</p> <p><input type="checkbox"/> از نظر سرایت پذیری بیماری کووید-۱۹ منع حضور در محل کار ندارد</p> <p><input type="checkbox"/> عدم امکان حضور در محل کار و بررسی مجدد روز بعد</p> <p><input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص طب کار/پزشک عمومی دارای مجوز (در صورت عدم دسترسی به متخصص طب کار) به علت درگیری ارگان های هدف (تنفسی، کلیه، قلب، کبد) جهت ارزیابی تناسب شغلی</p> <p>مهتر و امضای پزشک مجاز: تاریخ:</p>		
<p>نظریه تناسب شغلی متخصص طب کار/پزشک عمومی دارای مجوز طبق دستورالعمل بازگشت به کار وزارت بهداشت (در صورت وجود آسیب ارگان هدف):</p> <p><input type="checkbox"/> بلامانع</p> <p><input type="checkbox"/> مشروط به</p> <p><input type="checkbox"/> عدم صلاحیت</p> <p>مهتر و امضای پزشک متخصص طب کار/پزشک دارای مجوز: تاریخ:</p>		
<p>نظریه پزشک معتمد و یا کارشناس بهداشت حرفه ای جهاد: (بر حسب ضرورت و تشخیص واحد سازمانی پر شود)</p> <p><input type="checkbox"/> بلامانع</p> <p><input type="checkbox"/> مشروط به</p> <p><input type="checkbox"/> عدم صلاحیت</p> <p>مهتر و امضای پزشک معتمد و یا کارشناس بهداشت حرفه ای: تاریخ:</p>		