

پیوست

کاربرگ بازگشت به کار اعضا با سابقه‌ی سفر به عتبات عالیات

توسط عضو تکمیل شود	<p>نام و نام خانوادگی: _____ سن: _____</p> <p>واحد سازمانی: _____ شاغل در حوزه: _____</p> <p>کدملی: _____ شماره پرسنلی: _____</p>
توسط پزشک مجاز طبق بخشنامه تکمیل شود	شرح حال و معاینه فیزیکی:
	شرح آزمایشات پاراکلینیک:
توسط پزشک مجاز	<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>مهر و امضا پزشک مجاز: _____ تاریخ: _____</p>
در صورت ارجاع به پزشک متخصص، این قسمت تکمیل شود	<p>نظریه تناسب شغلی متخصص طب کار (در صورت ارجاع به پزشک متخصص تکمیل شود):</p> <p><input type="checkbox"/> بلا مانع</p> <p><input type="checkbox"/> مشروط به</p> <p><input type="checkbox"/> عدم صلاحیت</p> <p>مهر و امضای پزشک متخصص طب کار/پزشک دارای مجوز: _____ تاریخ: _____</p>

توسط پزشک معتمد و با کارشناس
بهداشت حرفه ای جهاد تکمیل شود.

نظریه پزشک معتمد و یا کارشناس بهداشت حرفه ای جهاد: (بر حسب ضرورت و تشخیص واحد سازمانی پر شود)

بلا مانع

مشروط به

عدم صلاحیت

مهر و امضای پزشک معتمد و یا کارشناس بهداشت حرفه ای:

تاریخ: