

فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19

نام و نام خانوادگی:

سن:

کد ملی:

نام کارخانه/کارگاه/سازمان:

عنوان شغلی:

شرح حال و معاینه فیزیکی:

پاراکلینیک:

نظریه پزشک:

- از نظر سرایت پذیری بیماری کووید-۱۹ منع حضور در محیط کار ندارد.
- عدم امکان حضور در محل کار و بررسی مجدد ..... روز بعد
- ارجاع به متخصص طب کار به علت درگیری ارگان های هدف (تنفسی، کلیه، قلب، کبد) جهت ارزیابی تناسب شغلی

مهر و امضای پزشک  
تاریخ

نظریه تناسب شغلی متخصص طب کار / پزشک عمومی دارای مجوز در صورت وجود آسیب ارگان هدف:

- بلامانع
- مشروط به: .....
- عدم صلاحیت

مهر و امضای پزشک متخصص طب کار  
تاریخ