

## FIȘA DE SOLICITARE A EXAMENULUI MEDICAL

**Subsemnatul** (nume și prenume)

\_\_\_\_\_

angajator la întreprinderea/societatea comercială/unitatea

\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

Cod CAEN \_\_\_\_\_ și domeniu de activitate :

\_\_\_\_\_

**SOLICIT EXAMEN MEDICAL DE MEDICINA MUNCII PENTRU :**

ANGAJARE <input type="checkbox"/>	CONTROL MEDICAL <input type="checkbox"/>	ADAPTARE <input type="checkbox"/>	RELUAREA <input type="checkbox"/>	SUPRAVEGHERE <input type="checkbox"/>	LA CERERE <input type="checkbox"/>	SCHIMBAREA LOCULUI <input type="checkbox"/>	ALTE <input type="checkbox"/>
	PERIODIC		MUNCII	SPECIALĂ		DE MUNCĂ	

conform legislației de securitate și sănătate în muncă în vigoare, pentru:

**Domnul/Doamna** \_\_\_\_\_

născut/ă la: \_\_\_\_\_ CNP: \_\_\_\_\_

având profesiunea/ocupația de: \_\_\_\_\_

și care urmează a fi/este angajat/ă în funcția: \_\_\_\_\_

la locul/postul de muncă: \_\_\_\_\_

din secția (atelier, compartiment etc.): \_\_\_\_\_

Persoana examinată urmează să efectueze activitatea profesională la un loc/post de muncă ce prezintă riscurile profesionale detaliate în **Fișa de identificare a factorilor de risc profesional**, anexată prezentei cereri.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura și ștampila angajatorului:

UNITATEA ..... Adresa .....

.....Telefon: .....

Numele si prenumele lucratorului: .....

CNP: .....

### FIȘA

#### DE IDENTIFICARE A FACTORILOR DE RISC PROFESIONAL

Denumirea postului si a locului de munca .....

Secția/departamentul .....

Navetă: da ☐ câte ore/zi? ..... nu ☐ Descrierea activității: În echipă: da ☐ nu ☐

Nr. ore/zi ..... Nr. schimburi de lucru ..... Schimb de noapte da ☐ nu ☐ Pauze organizate da ☐ nu ☐ / Bandă rulantă da ☐ nu ☐

Risc de: infectare ☐ / electrocutare ☐ / înaltă tensiune ☐ / joasă, medie tensiune ☐ / înecare ☐ / asfixiere ☐ / blocare ☐ / microtraumatisme repetate ☐ / lovire ☐ / mușcătură ☐ / zgâriere ☐ / strivire ☐ / tăiere ☐ / înțepare ☐ / împușcare ☐ / ardere ☐ / opărire ☐ / degerare ☐ / mișcări repetitive ☐

► **Alte riscuri:** .....

Conduce mașina institutiei: da ☐ nu ☐ , daca da, ce categorie: .....

Loc de muncă: în condiții deosebite ☐ / în condiții speciale ☐ / sector alimentar ☐ / port-armă ☐

Operatiuni executate de lucrator în cadrul procesului tehnologic: .....

#### Descrierea spațiului de lucru:

Dimensiuni încăperei: L.....H.....m.....

► **Suprafață de lucru:** verticală ☐ / orizontală ☐ / oblică ☐

► **Muncă:** în condiții de izolare ☐ / la înălțime ☐ / la altitudine ☐ / în mișcare ☐ / pe sol ☐ / în aer ☐ / pe apă ☐ / sub apă ☐ / nișă ☐ / cabină etanșă ☐ / aer liber ☐ / altele: .....

Efort fizic: mic ☐ / mediu ☐ / mare ☐ / foarte mare ☐

Poziție preponderent: ortostatică/în picioare ☐ așezat ☐ aplecată ☐ mixtă ☐ / Poziții forțate, nefiziologice: da ☐ nu ☐ Dacă da, ce tip: .....

Gesturi profesionale: .....

Suprasolicități: vizuale ☐ auditive ☐ suprasolicitari neuropsihosenzoriale ☐ ,daca da: mentale ☐ emotionale ☐ altele ☐

Suprasolicități osteo-musculo-articulare: miscari fortate da ☐ nu ☐; repetitive da ☐ nu ☐; Dacă „da”, specificați zona: coloana vertebrala (cervicala da ☐ nu ☐ , toracala da ☐ nu ☐ , lombara da ☐ nu ☐ ) membre superioare (umar da ☐ nu ☐ , cot da ☐ nu ☐ , pumn da ☐ nu ☐ ) , membre inferioare (sold da ☐ nu ☐ , genunchi da ☐ nu ☐ , glezna da ☐ nu ☐ )

Manipulare manuala a maselor : daca da, precizati caracteristicile maselor manipulate: ridicare ☐ , coborare ☐ , impingere ☐ , tragere ☐ , purtare ☐ , deplasare ☐

Greutate maxima manipulata manual: .....

Agenti chimici da ☐ nu ☐ ,daca da, precizati

Tipul agentului chimic	<VLE	> VLE	Fp	C	P
.....					
.....					
.....					

Legenda: VLE = valoarea limita de expunere profesionala, Fp=foarte periculos, C=cancerigen, P=patrunde prin piele (Puteti atasati un tabel separat)

Agenti biologici: ..... Grupa .....

Agenti cancerigeni: .....

Pulberi profesionale:

Tipul pulberilor	<VLE	> VLE
.....		
.....		

Legenda: VLE = valoarea limita de expunere profesionala



**Zgomot profesional:** <VLE ☐ / > VLE ☐ / Zgomote impulsive da ☐ nu ☐

**Vibrații mecanice:** <VLE ☐ / > VLE ☐ dacă da, specificați zona: colcana vertebrala ☐, membre superioare ☐, actiune asupra intregului organism ☐

**Microclimat**

Temperatura aer: ....., variatii repetate de temperatura da ☐ nu ☐

Presiune aer: .....

UMIDITATE relativa: .....

**Radiații:** da ☐ nu ☐ Dacă „da”:

**Radiații Ionizante** <L.A. ☐ > L.A. ☐ Dacă „da”, se va completa partea speciala :

**PARTE SPECIAALA PENTRU EXPUNEREA PROFESIONALA LA RADIATII IONIZANTE:**

Data intrării în mediu cu expunere profesională la radiații ionizante: Z Z L L A A A A

--	--	--	--	--	--	--	--

**Clasificare actuală în grupa A ☐ sau B ☐ și condiții de expunere:**

**Aparatura folosită:** .....

**Proces tehnologic:** .....

**Operațiuni îndeplinite:** .....

**Surse folosite:** închise ☐ deschise ☐

**Tip expunere:** externă ☐; gamma externă ☐; internă ☐; externă și internă ☐.

**Măsuri de protecție individuală folosite**

**Expunere anterioară:**

Perioada: ..... Nr.ani: ..... ☐

Doza cumulată prin expunere externă (mSv): ☐.....☐☐

Doza cumulată prin expunere internă: ..... ☐☐☐☐

Doza totală: ..... ☐☐☐☐

**Supraexpuneri anterioare**

- **excepționale**

- Tip expunere: externă ☐; gamma externă ☐; internă ☐; externă și internă ☐.

- data: .....

- doza (mSv): .....

- concluzii: .....

- **accidentale**

- Tip expunere: externă ☐; gamma externă ☐; internă ☐; externă și internă ☐.

- data: .....

- doza (mSv): .....

- concluzii: .....

**Radiații Neionizante**

**Tipul:** .....

**Iluminat:** suficient ☐ insuficient ☐ / natural ☐ artificial ☐ mixt ☐

**Mijloace de protectie colectiva :**

**Mijloace de protectie individuala :**

**Echipament de lucru :** .....

**Anexe igienico-sanitare:** vestiar ☐, chiuvetă ☐, WC ☐, duș ☐, sală de mese ☐, spațiu de recreere ☐

**Altele:** .....

**Observații:** .....

**Data completării:** .....

**Angajator:** ..... (semnatura si stampila unitati )

**Lucrator desemnat:** .....

**Serviciul intern de prevenire si protectie:** .....

**Semnatura:**

(Anexa nr. 5 la Hotararea Guvernului nr. 355/2007)

<b>Unitatea medicală:</b>	<b>Adresa:</b>
Cabinet de medicina muncii	<b>Tel.:</b>

Angajare ☐ Examen medical periodic ☐ Adaptare ☐ Reluarea muncii ☐ Supraveghere speciala ☐ Alte ☐

**MEDICINA MUNCII - FISA DE APTITUDINE Nr. ....../.....**

(Un exemplar se trimite la angajator, unul se inmaneaza angajatului.)

Societatea: .....

Adresa: ..... tel.: ..... fax: .....

Numele: ..... Prenumele: .....

[illegible]

Ocupatia/Functia .....

Post si locul de munca .....

**AVIZ MEDICAL:**

Recomandari:

**Apt**      **[ ]** .....

**Apt conditionat** [ ] .....

**Inapt temporal** [ ] .....

**Inapt**      `[]`      .....

Medic de medicina muncii,

(semnatura si parafa)

Data:

Data urmatorului examen medical: .....