

לוגו של הגוף המדווח

אל מפקח עבודה אזורי
מינהל הבטיחות והבריאות התעסוקתית
משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים

טופס דיווח על חשד למחלה תעסוקתית

תאריך מילוי הטופס: ____/____/____

א. פרטים מזהים של הרופא המדווח

שם הרופא: _____

מספר רישיון רופא: _____

שם שירות רפואי מוסמך: _____

שם המרפאה: _____

טלפון וכתובת המרפאה: _____

ב. פרטים מזהים של הנבדק

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

ג. פרטי מקום העבודה הנוכחי והעיסוק הנוכחי (אם המטופל לא עובד-מקום העבודה האחרון והעיסוק האחרון)

שם המפעל/המעסיק: _____

כתובת המפעל: _____

טלפון: _____

* מס' המפעל במערכת מינהל הבטיחות _____

* משלח יד (על פי סיווג למ"ס): _____

קוד: _____ שם: _____

תיאור העיסוק _____

תקופת עבודה במקום העבודה הנוכחי/ האחרון:

מ-____/____/____ עד ____/____/____

ד. פרטי תקופות העבודה בעיסוק/ים החשוד/ים

כקשור/ים למחלה המדווחת

* משלח היד (על פי סיווג למ"ס): _____

קוד: _____ שם: _____

תיאור העיסוק _____

תקופות עבודה בעיסוק החשוד:

1. מ-____/____/____ עד ____/____/____

שם המפעל/המעסיק _____

כתובת המפעל: _____

* מס' המפעל במערכת מינהל הבטיחות _____

2. מ-____/____/____ עד ____/____/____

שם המפעל/המעסיק _____

כתובת המפעל: _____

* מס' המפעל במערכת מינהל הבטיחות _____

ה. פרטי המחלה המדווחת

סיבת הביקור(הקף בעיגול): כושר, קבלה, פיקוח,

אחר (פרט) _____

חודש ושנה בו הופיעו לראשונה תלונות וסימני

המחלה: ____/____/____

תאריך האבחנה: ____/____/____

אבחנה: _____

סיווג ICD: _____

ו. תיאור החשיפה התעסוקתית הקשורה עם

המחלה המדווחת

גורם: _____

תאריך התחלת החשיפה: ____/____/____

תאריך סיום החשיפה: ____/____/____

גורם: _____

תאריך התחלת החשיפה: ____/____/____

תאריך סיום החשיפה: ____/____/____

ז. מידע רלוונטי נוסף

ח. מסקנות:

1. מתאים לעבודתו ללא מגבלה

2. אינו מתאים לעבודתו

3. מתאים לעבודתו במגבלות הבאות: _____

חתימת הרופא המדווח: _____