

Dzisiejsza data : / / **Nazwisko lekarza :** **SST :** **NAPAD** ☐



Nazwisko Imię Płeć M/K | _ | Data urodzenia | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |

Miejsce urodzenia | _ | _ | Pracownik | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Umowa na czas nieokreślony lub równoważna ☐
Inne ☐ PCS-ESE | _ | _ | _ | _ |

Przedsiębiorstwo | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | NAF2008 | _ | _ | _ | _ | _ |

Liczba pracowników | _ | _ | _ | _ |

Przedsiębiorstwo: Prywatne ☐ Państwowe ☐ wzmocniony nadzór lekarski : tak ☐ nie ☐

Pracownia (opcjonalne) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | *Wolne pole (opcjonalne)* | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Przeprowadzony wywiad osobiście ☐ zdalnie ☐

Warunki pracy

Wypełniając ten kwestionariusz, potwierdzam, że przeczytałem i zaakceptowałem warunki noty informacyjnej obserwatorium Everest.

1. Czy pracuje Pan(i) w pełnym wymiarze godzin? Tak₁ ☐ Nie₀ ☐
2. Czy zwykle pracuje Pan(i) w ciągu normowanego dnia pracy ? Tak₁ ☐ Nie₀ ☐
 Czy regularnie Pan(i) : - ma ponad dwugodzinne przerwy w pracy Tak₁ ☐ Nie₀ ☐
 - zróżnicowane godziny pracy (pracuje wcześniej rano albo późnym wieczorem? Tak₁ ☐ Nie₀ ☐
 - ma nieregularne lub naprzemienne godziny pracy Tak₁ ☐ Nie₀ ☐
 - pracuje w porze nocnej (między północą a piątą rano) Tak₁ ☐ Nie₀ ☐

Czy odbywa Pan(i) regularne ponad dwudziestoczworodobowe podróże służbowe? Tak₁ ☐ Nie₀ ☐

Obecnie pracuje Pan(i) : Wyłącznie w zakładzie pracy ☐ W zakładzie pracy i zdalnie ☐ Wyłącznie zdalnie ☐

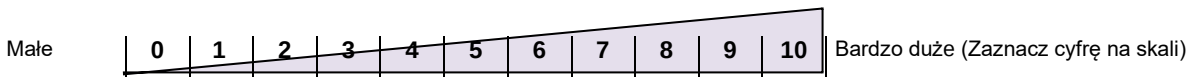
Czy pracujesz Pan/Pani zdalnie?

☐ Nie dotyczy, moje zadania nie mogą być wykonywane zdalnie ☐ Nigdy, chociaż moje zadania mogą być wykonywane zdalnie
☐ 1 dzień w tygodniu lub mniej ☐ 2 dni w tygodniu ☐ 3 lub 4 dni w tygodniu ☐ 5 dni w tygodniu

3. Ograniczenie czasowe:

a) Czy z powodu obciążenia pracą zdarza się Panu(i) kiedykolwiek:	Nigdy 0	Rzadko 1	Dość często 2	Bardzo często 3
- Przekroczyć standardowe godziny pracy				
- Pomiąć lub skrócić czas posiłku, pomiąć przerwę w pracy				
- Wykonać jakieś zadanie zbyt szybko, mimo iż wymagałoby żeby poświęcić mu więcej czasu				
- Pracować w domu w czasie wolnym od pracy, urlopu				

b) Czy potrafi Pan(i) ocenić trudności wynikające z presji związanej z czasem (praca w pośpiechu, robienie wszystkiego bardzo szybko, ...)



c) Czy często musi Pan(i) odłożyć zadanie, które wykonuje dla innego, nieplanowanego ? Tak₁ ☐ Nie₀ ☐

Jeśli tak, czy powiedziała/by Pan(i), że to:

- zakłóca pracę	Tak ₁	☐	Nie ₀	☐
- stanowi pozytywny, korzystny aspekt pracy	Tak ₁	☐	Nie ₀	☐

4. Ocena Pana(i) pracy:

	Ani trochę ₀	Raczej nie ₁	Raczej tak ₂	Zupełnie tak ₃
- Praca pozwala Panu(i) się rozwijać	☐	☐	☐	☐
- Praca Pana(i) jest różnorodna	☐	☐	☐	☐
- Może Pan(i) wybrać sposób w jaki wykonuje swoje zadania	☐	☐	☐	☐
- Ma Pan(i) możliwość współpracy, wzajemnej pomocy	☐	☐	☐	☐
- Ma Pan(i) wystarczające środki, aby wykonywać pracę dobrej jakości	☐	☐	☐	☐
- Praca Pana(i) jest doceniana przez współpracowników, klientów, kierowników	☐	☐	☐	☐
- Musi Pan(i) robić rzeczy, z którymi się nie zgadza/których nie pochwala	☐	☐	☐	☐
- Odczuwa Pan(i) strach przed utratą pracy	☐	☐	☐	☐
- Udaje się Panu(i) pogodzić pracę z życiem prywatnym	☐	☐	☐	☐

5. Obciążenie fizyczne stanowiska pracy: Czy Pana(i) stanowisko pracy ma następujące cechy?

	Nie, nigdy ₀	Tak, czasem ₁	Tak, często ₂	Jeśli tak, czy jest to trudne lub uciążliwe		
Powoduje zaburzenia postawy ciała	☐	☐	☐	Jeśli TAK→	Tak ☐	Nie ☐
Podnoszenie ciężkich przedmiotów	☐	☐	☐	Jeśli TAK →	Tak ☐	Nie ☐
Powtarzające się czynności/ruchy	☐	☐	☐	Jeśli TAK →	Tak ☐	Nie ☐
Długie odcinki do pokonania pieszo	☐	☐	☐	Jeśli TAK →	Tak ☐	Nie ☐
Długotrwałe stanie	☐	☐	☐	Jeśli TAK →	Tak ☐	Nie ☐

6. Czy jest Pan(i) narażony na:

Tak ₁		Nie ₀		Tak ₁		Nie ₀		Tak ₁		Nie ₀	
Chemikalia	☐	☐	Uciążliwy hałas	☐	☐	Wysokie temperatury	☐	☐	Ryzyko zakażenia	☐	☐
Pyły, opary	☐	☐	Hałas> 80db	☐	☐	Intensywne zimno	☐	☐	Kontakt z osobami z zewnątrz (użytkownikami, pacjentami, klientami, uczniami)	☐	☐
Promieniowanie jonizujące	☐	☐	Dyskomfort wizualny	☐	☐	Niekorzystną pogodę	☐	☐			
Wibracje	☐	☐	Przedłużoną jazdę pojazdem	☐	☐	Presję psychiczną	☐	☐		☐	☐

Szkolenia – Funkcje zarządzania – Plan kariery zawodowej

1. Czy przez rzez ostatni rok uczestniczył Pan(i) w jakimś szkoleniu? ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
 Jeśli tak, to czy było ono związane z obecną pracą ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
 związane z przyszłym stanowiskiem pracy ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
2. Czy pełnił Pan(i) rolę/funkcję nauczyciela, opiekuna? ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
3. Czy zarządza Pan(i) jednym lub kilkoma pracownikami? ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
4. W ciągu ostatnich 2 lat zmienił Pan(i) pracę? ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
 Jeśli tak, to stało się to z przyczyn zdrowotnych? ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
5. Czy uważa Pan(i), że za 2 lata stan zdrowia pozwoli Panu(i) wykonywać obecną pracę?
 Nie, prawdopodobnie nie₀ ☐ Nie jest to pewne ₁ ☐ Tak, to niemal pewne₂ ☐

Tryb życia

1. Czy regularnie (przynajmniej raz w tygodniu) odbywa Pan(i) zajęcia ruchowe albo uprawia sport: ☐ Tak₁ ☐ Nie₀
2. Regularne spożywanie:
 - Tytoń Niepalący₀ ☐ Były palacz₁ ☐ Palący: ilość papierosów na dzień
 < 5₂ ☐ 5 - 15₃ ☐ > 15₄ ☐
- Jak często spożywa Pan(i) napoje zawierające alkohol?
 nigdy albo raz na miesiąc₀ ☐ 2 - 4 x /miesiąc ☐ 2 - 3 x /tydzień ₂ ☐ 4 x /tydzień albo więcej ₃ ☐
- Kiedy pije Pan(i) alkohol, to ile standardowych porcji alkoholu na dzień?
 Nie dotyczy (osoba niepijąca) ☐ 1 - 2 ₁ ☐ 3 - 4 ₂ ☐ 5 - 6 ₃ ☐ 7 - 9 ₄ ☐ albo więcej ₅ ☐
3. Czy droga do pracy i z pracy jest długa albo uciążliwa? ☐ Tak₁ ☐ Nie₀

Obecny stan zdrowia= ostatnie 7 dni (do wypełnienia przez lekarza lub pielęgniarkę)

Ankieta wypełniona przez: Lekarza₁ ☐ Pielęgniarkę₂ ☐ Nazwisko IDESTOstatnia wizyta u lekarza medycyny pracy (z wyjątkiem konsultacji po zwolnieniu lekarskim, lub konsultacji na żądanie itp.) miała miejsce: ☐ ≤1 rok ☐ 2 lata ☐ 3 lata ☐ 4 lata ☐ 5 lat albo + ☐ nigdy

Waga : ___ kg Wzrost : ___ cm

		Zgłoszone dolegliwości lub symptomy choroby w ciągu ostatnich 7 dni	Czy powodują one nieodogodność w pracy?	Leczenie lub zabiegi medyczne	(Wolna kolumna, opcjonalny)
Nie dotyczy ☐	Układ krążeniowo- oddechowy				
	- układ oddechowy	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
	- układ sercowo-naczyniowy	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	- Nadciśnienie	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	Układ nerwowy				
	- zmęczenie, znużenie	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
	- lęk, nerwowość, drażliwość	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	- zaburzenia snu	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	Układ trawienny	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	Układ kostny				
	- ramię	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
	- łokieć	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
	- nadgarstek / ręka	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
	- kończyny dolne	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
	- kręgi szyjne	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	- kręgi piersiowo-lędźwiowe	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	Dermatologia	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _
☐	Zaburzenia słuchu	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	Tak ₁ ☐ Nie ₀ ☐	_ _ _

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest (facultatif)

Pour utiliser ces champs libres :

- poser les questions que vous avez établies impérativement APRES avoir rempli, avec le salarié, le questionnaire Evrest dans son intégralité (poser les questions au début ou au milieu du questionnaire est susceptible d'en modifier les réponses)

- prévoir dès le départ le codage que vous allez utiliser (et le noter soigneusement), personne ne pourra vous dire à quoi correspondront les données saisies dans cette partie du questionnaire

(Q1)
..... | _ | _ |

(Q2)
..... | _ | _ |

(Q3)
..... | _ | _ |

(Q4)
..... | _ | _ |

(Q5)
..... | _ | _ |

(Q6)
..... | _ | _ |

(Q7)
..... | _ | _ |

(Q8)
..... | _ | _ |

(Q9)
..... | _ | _ |

(Q10)
..... | _ | _ |