



ROK ZAŁ. 1964

WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY
Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie
20 - 701 Lublin, ul. Nałęczowska 27



System zarządzania
ISO 9001:2015

www.tuv.com
ID 9105030454

SPZOZ

KRS - 0000012209
WOMP CPL - Dyrekcja
20 - 701 Lublin
ul. Nałęczowska 27
NIP: 712-25-20-810
REGON: 431190120

Dyrektor: (81) 525-87-62
Dyrektor d/s med.: (81) 533-00-34
w. 204

www.womp.lublin.pl
e-mail: sekretariat@womp.lublin.pl

WOMP CP-L – Filia nr 1
20 - 701 Lublin
ul. Nałęczowska 27
Fax: (81) 525-87-62
Centrala (81) 533-00-34 w. 204
e-mail: filia1@womp.lublin.pl
kierownikfilia1@womp.lublin.pl

WOMP CPL - Filia nr 2
20 - 418 Lublin
ul. Nowy Świat 38
Rejestracja: (81) 534-07-41
e-mail: filia2@womp.lublin.pl
kierownikfilia2@womp.lublin.pl

Informacje o umowach:
Dział Kontraktowania i Rozliczeń
Świadczeń Zdrowotnych
(81) 533-00-34 w. 309, 311, 320
e-mail: kr@womp.lublin.pl

ODDZIAŁY:

WOMP CPL O/ w Białej Podlaskiej
21-500 Biała Podlaska
ul. Okopowa 3
tel.: (83) 342 06 84
e-mail: bialap@womp.lublin.pl

WOMP CPL O/ w Chełmie
22-100 Chełm
ul. Mickiewicza 37
tel.: (82) 564 20 20
e-mail: chelm@womp.lublin.pl

WOMP CPL O/ w Zamościu
22-400 Zamość
ul. Zagłoby 8
tel.: (84) 639 34 08
e-mail: zamosc@womp.lublin.pl

WOMP.IV.5031.19.2020

Lublin, 20 maja 2020r.

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Lublinie informuje, że badania lekarskie kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów. **(Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.08.2019r. Dz.U. z 2019, poz. 1651)**, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu będą narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia **będą wykonywane bezpłatnie** w:

- WOMP CP-L w **Lublinie**, ul. Nałęczowska 27 w Lublinie, **od godziny 11.30.**

Informujemy o możliwości uzgodnienia indywidualnych terminów wizyt z uwzględnieniem ilości osób badanych po uprzednim telefonicznym umówieniu wizyty przez Szkoły pod numerem tel.: (81) 533-00-34, w. 210.

- Oddziałach WOMP CP-L w Lublinie w:
 - **Białej Podlaskiej**, ul. Okopowa 3, tel. 83 342-06-84,
 - **Chełmie**, ul. Mickiewicza 37, tel. 82 564-20-20,
 - **Zamościu**, ul. Zagłoby 8, tel. 84 639-34-08.

W związku z wprowadzeniem stanu epidemii na terenie całego kraju, pragniemy maksymalnie skrócić czas pobytu ucznia w Ośrodku z zapewnieniem zaleceń epidemiologicznych w trakcie przeprowadzania badań.

Mając na uwadze wieloletnią i udaną współpracę, zwracamy się do Państwa z prośbą o przekazanie poniższych informacji Rodzicom oraz o Państwa zaangażowanie w bezpieczne i sprawne kierowanie kandydatów na badania w nowej rzeczywistości.

Aby usprawnić powyższy proces **należy pobrać ze strony: www.womp.lublin.pl** (zakładka druki) zestaw niezbędnych dokumentów do przeprowadzenia badania ucznia w 2020 r., tj.:

- wzór skierowania,
- karta – badanie podmiotowe,
- ankieta epidemiologiczna.

} Dokumenty załączono
poniżej

Skierowanie winno być dokładnie wypełnione przez szkołę i powinno zawierać:

- pieczęć placówki dydaktycznej,
- datę wystawienia skierowania,
- imię i nazwisko, datę urodzenia, PESEL osoby skierowanej,
- informacje o kierunku kształcenia,
- pieczęć i podpis kierującego na badanie.

Karta – badanie podmiotowe powinna zostać uzupełniona i podpisana przez ucznia lub ucznia i Opiekuna jeśli uczeń nie ukończył 16 r.ż.

Ankieta epidemiologiczna wypełniana jest samodzielnie przez kandydatów do szkół

Ankieta epidemiologiczna wypełniana jest samodzielnie przez kandydatów do szkół w dniu wykonywania badania.

Na badanie uczeń powinien **dodatkowo zabrać ze sobą:**

- **maseczkę,**
- **dowód tożsamości** (legitymację szkolną, dowód osobisty),
- **kartę informacyjną ze szpitala lub poradni specjalistycznych** jeżeli uczeń korzystał z takiego leczenia,
- jeżeli uczeń posiada **dodatkowe wyniki badań**, należy je zabrać ze sobą,
- jeżeli uczeń nosi **okulary** – zabrać je ze sobą.

Pragniemy podkreślić, iż przed badaniem uczniowie będą podlegać niezbędnym procedurom triażu na terenie WOMP CP-L w Lublinie (tj. pomiar temperatury, analiza karty ankiety epidemiologicznej).

Przypominamy, że uczniowie do 16 r.ż. obowiązani są zgłaszać się z Rodzicem lub Opiekunem prawnym. Celem zmniejszenia liczby osób zwracamy się o zgłoszenia z jednym rodzicem bądź jednym opiekunem prawnym.

Dodatkowe informacje tel: 81 533-00-34, wew. 210.

Serdecznie zapraszamy

DYREKTOR
~~Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacji i Fizjoterapii Pracy
Centrum Profilaktyczno-Leczniczego~~
w Lublinie

lek. med. Anna Rutczyńska-Rumińska



Oznaczenie placówki dydaktycznej
(pieczęć, nadruk lub naklejka,
zawierająca nazwę, adres,
NIP, Regon)

**SKIEROWANIE NA BADANIE PROFILAKTYCZNE
do WOMP CP – L w Lublinie
Oddział w Zamościu
ul. Zagłoby 8, 22-400 Zamość**

Stosownie do przepisów:

- ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1175, z późn. zm.)
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów i słuchaczy tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz. U. z 2019, poz. 1651).

I. Kieruję na badania lekarskie:

.....
(imię/imiona i nazwisko) (data urodzenia)

PESEL

(w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

- kandydata*/ucznia* szkoły ponadpodstawowej
- kandydata*/słuchacza* kwalifikacyjnych kursów zawodowych (badanie bezpłatne do 18 r.ż.)
- kandydata do szkoły wyższej*, studenta*
- doktoranta

.....
(zakres kształcenia)

II. W trakcie:

- praktycznej nauki zawodu *
- studiów *
- kwalifikacyjnych kursów zawodowych *
- kształcenia doktorantów *

wyżej wymieniony/a będzie* jest* narażony/a na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie odbywania praktycznej nauki zawodu/stażu uczniowskiego, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych lub studiów doktoranckich:

.....

* właściwe podkreślić

.....
pieczęć (nadruk lub naklejka)
imię, nazwisko i własnoręczny podpis
kierującego na badania lekarskie

Zamość , dnia.....

Imię i nazwisko osoby badanej:

BADANIE PODMIOTOWE

Skargi badanego(ej):

| | Tak | Nie | Opis | |
|---|-----|-----|----------------|----------|
| Urazy czaszki | | | | |
| Urazy układu ruchu | | | | |
| Omdlenia | | | | |
| Padaczka | | | | |
| Inne choroby układu nerwowego | | | | |
| Choroby psychiczne | | | | |
| Cukrzyca | | | | |
| Choroby narządu słuchu / głosu | | | | |
| Choroby narządu wzroku | | | | |
| Choroby układu krwiotwórczego | | | | |
| Choroby układu krążenia | | | | |
| Choroby układu oddechowego | | | | |
| Choroby układu pokarmowego | | | | |
| Choroby układu moczowo - płciowego | | | | |
| Choroby układu ruchu | | | | |
| Choroby skóry / uczulenia | | | | |
| Choroby zakaźne / pasożytnicze | | | | |
| Wywiad ginekologiczno - położniczy (miesiączka, ciąża, leki hormonalne) | | | | |
| Wywiad rodzinny* | | | | |
| Inne problemy zdrowotne | | | | |
| Palenie tytoniu | | | W przeszłości: | Obecnie: |
| Inne używki | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--------------|--|-------|--|--------------|--|--------------|--|-------|--|
| Subiektywna ocena stanu zdrowia | Bardzo dobre | | Dobre | | Raczej dobre | | Raczej słabe | | Słabe | |
|--|--------------|--|-------|--|--------------|--|--------------|--|-------|--|

| | Tak | Nie | Opis - uwagi | |
|---|-----|-----|--------------|--|
| Czy badany(a) przebył(a) zabieg(i) operacyjny(e) ? Jakie ? Kiedy ? | | | | |
| Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej ? Jakiej ? | | | | |
| Czy badany(a) przyjmuje leki ? Jakie ? | | | | |

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

.....
(podpis badanego)

.....
(podpis i pieczętka osoby przeprowadzającej badanie podmiotowe)

* W szczególności pod kątem występowania alergii (astmy), cukrzycy, choroby psychicznej, choroby serca, nadciśnienia tętniczego i nowotworów.



**ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM
ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

Dane osobowe:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania / pobytu

Telefon kontaktowy pacjenta

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ? (zaznacz właściwe)

NIE

TAK

Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną?
(zaznacz właściwe)

NIE

TAK

Czy miała Pani/Pan kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?

NIE

TAK

Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

| | NIE | TAK | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Temperatura powyżej 37, 5 st. C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kaszel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Duszność | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| inne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego*

.....

* jeżeli dotyczy

Pomiar temperatury wykonany w WOMP CP-L w Lublinie st. C

Podpis pielęgniarki wykonującej pomiar temperatury