

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - ΑΤΟΜΙΚΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ

Α. Μ.

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

## Στοιχεία Επιχείρησης/Οργανισμού

Επωνυμία

Εγκατάσταση

Είδος επιχείρησης /κατηγορία

Σύμφωνα με «ΣΤΑΚΟΔ 08»

## Στοιχεία εργαζόμενου

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Ημερομηνία γέννησης

Ετών:

Τόπος γέννησης

Δήμος

Περιφερειακή Ενότητα

Διεύθυνση κατοικίας:

Πόλη

Οδός

Τηλέφωνο

Τ. Κ.

Εκπαίδευση:

Αναλόγητος

Λύκειο

Δημοτικό

Α.Τ.Ε.Ι.

Γυμνάσιο

Α.Ε.Ι.

Επαγγελματική Σχολή

Άλλο:

Στρατιωτική Θητεία:

Ναι

Ι:

Όχι

Αιτία:

Τακτικός αιμοδότης

Ναι

Όχι

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Έγγαμος/η

Χήρος/α

Εν διαστάσει

Παιδιά:

Όχι

Ναι

Αριθμός ♂

Αριθμός ♀

**Αιτία προσέλευσης στο ιατρείο:**

1. Πρώτη επίσκεψη
2. Αρχική εκτίμηση μετά την πρόσληψη
3. Περιοδικός Ιατρικός Έλεγχος
4. Μετά από μακρά ασθένεια
5. Μετά από Εργατικό ατύχημα
6. Μετά από αλλαγή θέσης εργασίας
7. Για Πρώτες Βοήθειες
8. Για κλινικές ενοχλήσεις
9. Άλλο:

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ****Παρούσα εργασία**Επάγγελμα: Ειδικότητα: Τμήμα: Έτος πρόσληψης: Θέση εργασίας: Έτη εργασίας: 

Ωράριο εργασίας: **Πρωινό**   
**Απογευματινό**   
**Νυχτερινό**   
**Πρωινό- Απογευματινό**   
**Πρωινό- Απογευματινό- Νυχτερινό**

Αλλαγή βάρδιας κάθε: **μέρα**  **εβδομάδα**  **μήνα** άλλο:

**Έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες****Φυσικούς παράγοντες:**

Υψηλές θερμοκρασίες	<input type="checkbox"/>	Ηλεκτρικό ρεύμα	<input type="checkbox"/>
Χαμηλές θερμοκρασίες	<input type="checkbox"/>	Laser	<input type="checkbox"/>
Υψηλή υγρασία	<input type="checkbox"/>	Ραδιοσυχνότητες και ακτινοβολίες μικροκυμάτων	<input type="checkbox"/>
Κακός εξαερισμός	<input type="checkbox"/>	Υπέρυθρη ακτινοβολία	<input type="checkbox"/>
Κακός φωτισμός	<input type="checkbox"/>	Ορατή ακτινοβολία	<input type="checkbox"/>
Θόρυβος	<input type="checkbox"/>	Υπεριώδης ακτινοβολία	<input type="checkbox"/>
Δονήσεις	<input type="checkbox"/>	Ιοντίζουσες ακτινοβολίες	<input type="checkbox"/>
Υπέρηχοι	<input type="checkbox"/>		

**Χημικούς παράγοντες:**

σκόνη/ίνες:  
χημικές ουσίες:


**Βιολογικούς παράγοντες:**

--

**Άλλοι παράγοντες:**

Ανεπαρκής εργονομία	<input type="checkbox"/>	Υπερβολική συναισθηματική καταπόνηση	<input type="checkbox"/>
Χρήση ΟΟΑ > 20 ώρες/εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	Χειρωνακτική διακίνηση φορτίων	<input type="checkbox"/>
Υπερβολική φυσική καταπόνηση	<input type="checkbox"/>	Stress (υψηλές απαιτήσεις/ χαμηλός έλεγχος/ χαμηλή ικανοποίηση/ χαμηλή υποστήριξη)	<input type="checkbox"/>
Υπερβολική νοητική καταπόνηση	<input type="checkbox"/>		

**Κίνδυνοι ασφάλειας**

(στη θέση εργασίας):	Ολισθηρότητα	<input type="checkbox"/>
	Χειρισμός μηχανών	<input type="checkbox"/>
	Χειρισμός αιχμηρών εργαλείων	<input type="checkbox"/>
	Κίνηση αντικειμένων στο χώρο	<input type="checkbox"/>
	Εργασία σε ύψος	<input type="checkbox"/>
	Εργασία σε κλειστούς/περιορισμένους χώρους	<input type="checkbox"/>
	Οδικός κίνδυνος στην εργασία	<input type="checkbox"/>

**Χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ):**

Κράνος

Μάσκα

Ωτοασπίδες

Γυαλιά

Γάντια

Υποδήματα ασφαλείας

Προστατευτική φόρμα

Άλλο:

**Προηγούμενη εργασία:**Είδος επιχείρησης /κατηγορία: 

Σύμφωνα με «ΣΤΑΚΟΔ 08»

Επάγγελμα Ειδικότητα Έτη εργασίας 

Έκθεση σε βλαπτικούς παράγοντες:

**Φυσικούς:** **Χημικούς:**σκόνες/ίνες: χημικές ουσίες: **Βιολογικούς:** **Άλλους παράγοντες:** **Εργατικά ατυχήματα:**1. τύπος ατυχήματος: Ημερομηνία Ώρα (24ωρη μορφή) 

Είδος τραυματισμού:

Θλάση

Κρανιο-εγκεφαλική κάκωση

Θλαστικό τραύμα

Ακρωτηριασμός

Επιπλεγμένο κάταγμα

Κάταγμα

Εξάρθρωση

Διάστρεμμα, ρήξη συνδέσμων

Ασφυξία, δηλητηρίαση από αέρια, πνιγμός

Δηλητηρίαση (εκτός αερίων)

Εγκαύματα

Επιδράσεις ακτινοβολίας

Ηλεκτροπληξία

Μη εξακριβωμένος τραυματισμός

Άλλη περίπτωση

## Περιγραφή ατυχήματος:

Πτώση από ύψος	<input type="checkbox"/>	Επαφή με ηλεκτρικό Ρεύμα	<input type="checkbox"/>
Ολίσθηση – παραπάτημα στο αυτό επίπεδο	<input type="checkbox"/>	Χημικός παράγοντας	<input type="checkbox"/>
Καταρρεύσεις, καθιζήσεις, κατολισθήσεις	<input type="checkbox"/>	Τροχαίο ατύχημα	<input type="checkbox"/>
Κτυπήματα πάνω σε ή από αντικείμενα	<input type="checkbox"/>	Κακοποίηση – βία	<input type="checkbox"/>
Κτυπήματα από αιχμηρά εργαλεία	<input type="checkbox"/>	Υπερπροσπάθεια ή κοπιώδεις κινήσεις (ΧΔΦ)	<input type="checkbox"/>
Φυσικός παράγοντας (π.χ. Ατμός, ακτινοβολία)	<input type="checkbox"/>	Μη ταξινομημένο/ πολλαπλών τύπων	<input type="checkbox"/>

Αίτια ατυχήματος:

Ημέρες αναρρωτικής άδειας:

## Επαγγελματική ασθένεια:

1. Κατάλογος:

Σύμφωνα με τον **Εθνικό Κατάλογο Επαγγελματικών Ασθενειών** (Π.Δ. 41/2012, ΦΕΚ 91/Α` 19.4.2012)

Άλλη:

Φορέας που την αναγνώρισε:

έτος:

Είδος επιχείρησης /κατηγορία:

Σύμφωνα με «ΣΤΑΚΟΔ 08»

Αναπηρία από:

εργατικό ατύχημα

άλλη αιτία

περιγραφή:

ποσοστό αναπηρίας (%):

## ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

## Συμπτώματα που πρόσφατα αναφέρει ο εργαζόμενος

**Γενικά** πρόσφατη μεταβολή ΣΒ > 10%  δυσανεξία στη ζέστη   
καταβολή δυνάμεων  υπερβολική εφίδρωση   
δυσανεξία στο κρύο  κεφαλαλγίες

άλλο:

**Δέρμα** κνησμός  ξηρότητα  ερύθημα  εξάνθημα

άλλο:

**Κεφαλή - Τράχηλος** κακώσεις  δυσκαμψία αυχένα   
όζοι  βρογχοκήλη   
διογκωμένοι αδένες

άλλο:

**Οφθαλμοί** μείωση όρασης  φωτοφοβία   
δακρύρροια  σκοτώματα   
καυσαλγία

άλλο:

**Όργανα ακοής** ωταλγίες  μείωση ακοής: αμφοτερόπλευρη   
εμβοές  δεξιά   
ίλιγγος  αριστερά

άλλο:

**Μύτη-Παραρρίνιοι κόλποι** ρινική συμφόρηση   
ρινορραγία

άλλο:

## ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

Βήχας: ξηρός   
παραγωγικός  πρωινός  συνεχής  από  ετίας  
Δύσπνοια   
Πληκτροδακτυλία   
Χρόνια βρογχίτιδα  από  ετίας  φαρμακευτική αγωγή

άλλο:

## ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ

Σφίξιμο/ βάρος στο στήθος  Πόνος στο στήθος   
 Μούδιασμα ή βάρος στα άκρα  κατά την: κόπωση   
 Οίδημα κάτω άκρων  ανάπαυση

**ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ**

Διαλείπουσα χωλότητα   
 Κράμπες   
 Κιρσοί   
 Θρομβοφλεβίτιδα

άλλο: **ΠΕΠΤΙΚΟ**

Επιγαστραλγία   
 Οπισθοστερνικός καύσος

άλλο: **ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ**

Συχνουρία  Αιματουρία   
 Πολυουρία  Κωλικοί νεφρών   
 Νυκτουρία  Ουρολοιμώξεις

άλλο: **ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ**

Αναιμία  εύκολος μωλωπισμός

άλλο: **ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ**

πόνος στον αυχένα  ισχιαλγίες   
 πόνος στην πλάτη  πόνος στα κάτω άκρα   
 οσφυαλγίες  αρθραλγίες

άλλο: **ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ**

έμμηνος ροή: Όχι   
 Ναι  φυσιολογική   
 διαταραχές κύκλου

αυτόματες αποβολές 

Μαστογραφία: Όχι  Ναι  τελευταία (έτος):

Τεστ Παπανικολάου: Όχι  Ναι  τελευταίο (έτος):

Πρόσφατος τοκετός: Όχι  Ναι

- Πιστεύετε ότι τα ανωτέρω συμπτώματα σχετίζονται με την εργασία; Όχι  Ναι
- Τα συμπτώματα επιδεινώνονται στο χώρο εργασίας; Όχι  Ναι
- Τα συμπτώματα βελτιώνονται όταν είστε στο σπίτι; Όχι  Ναι
- Γνωρίζετε αν άλλοι συνάδελφοί σας στο εργασιακό σας περιβάλλον έχουν αναφέρει ότι παρουσιάζουν παρόμοιες ενοχλήσεις; Όχι  Ναι

**Παρόντα νοσήματα ή υποτροπές παρελθόντων (ICD):**

1.  Έναρξη (έτος):
- Φαρμ. Αγωγή:
2.  Έναρξη (έτος):
- Φαρμ. Αγωγή:
3.  Έναρξη (έτος):
- Φαρμ. Αγωγή:

**Παρελθόντες νόσοι:**

1.  Έτος:
2.  Έτος:
3.  Έτος:

**Νοσηλεία σε Νοσοκομείο:**

1. Αιτία εισαγωγής:  Έτος:
- Διάγνωση:
2. Αιτία εισαγωγής:  Έτος:
- Διάγνωση:

**Χειρουργικές επεμβάσεις:**

1.  Έτος:
2.  Έτος:
3.  Έτος:





**ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**Ύψος:  cmΒάρος:  KgrΔ.Μ.Σ. ( Kgr/m<sup>2</sup>) 

Δ.Μ.Σ	<18,5	18,5 – 24,9	25 – 29,9	30 – 34,9	35 – 39,9	> 40
Κατάσταση:	Ελλιποβαρής	Ιδανικό βάρος	Υπέρβαρος	Παχυσαρκία 1 <sup>ου</sup> βαθμού	Παχυσαρκία 2 <sup>ου</sup> βαθμού	Παχυσαρκία 3 <sup>ου</sup> βαθμού

Διάπλαση: φυσιολογική  άλλο: όψη: φυσιολογική  άλλο: **ΨΥΧΟ-ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Επικοινωνία: καλή  κακή   
 ευσυγκίνητος  συγχυτικός   
 διαταραχές: της προσοχής  μνήμης   
 προσανατολισμού  ομιλίας

**ΔΕΡΜΑ**

Χροιά: φυσιολογική  μυκητιάσεις   
 εξανθήματα  ευρυαγγείες   
 έκζεμα  στίλοι

άλλο: **ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ**όραση: ακοή: όσφρηση: **ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ**άνω άκρα: κάτω άκρα: σπονδυλική στήλη: μυϊκό σύστημα: μυϊκή ισχύς: **ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**επίπεδο συνείδησης: οπτικά πεδία:

αντανακλαστικό κόρης:

κινητικότητα:

αισθητικότητα:

τενόντια αντανακλαστικά:

#### ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ

αρτηριακή πίεση:   mmHg σφύξεις/λεπτό:

καρδιακός ρυθμός:

καρδιακοί τόνοι:

φυσήματα:

σφύξεις αρτηριών:

διόγκωση τραχηλικών φλεβών:

φλέβες κάτω άκρων:

#### ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

επισκόπηση:

επίκρουση:

ακρόαση:

#### ΠΕΠΤΙΚΟ

κοιλία:

ήπαρ:

σπλήνας:

κήλες:

#### ΟΥΡΟ-ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ

νεφροί:

προστάτης:

μήτρα-εξαρτήματα:

μαστοί:

**Διάγνωση γιατρού εργασίας:****Νόσων (ICD)**

1.

2.

3.

**Άλλων καταστάσεων:****Ανάγκη διερεύνησης:****Προτεινόμενος παρακλινικός έλεγχος:** Κατάλληλος/η Ακατάλληλος/η για πάντα προσωρινά μέχρι Κατάλληλος/η με τις ακόλουθες προϋποθέσεις-περιορισμούς:**Παρατηρήσεις ΙΕ:****Επόμενος Ιατρικός έλεγχος:**

## ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ:

## Αιματολογικός έλεγχος

ημερομηνία: 

Γενική Αίματος	Τιμή	Τιμές αναφοράς		Τιμή	Τιμές αναφοράς
Ερυθρά			ΔΕΚ		
Αιμοσφαιρίνη			Ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης		
Αιματοκρίτης			Test Δρεπάνωσης		
MCV			Ροή αίματος		
MCH			Πήξη αίματος		
MCHC			Χρόνος προθρομβίνης / INR		
Λευκά			Χρόνος μερικής προθρομβίνης		
Τύπος λευκών:	Τιμή	Τιμές αναφοράς	Χρόνος θρομβίνης		
Ουδετερόφιλα			Αντιθρομβίνη III		
Λεμφοκύτταρα			Ινωδογόνο		
Μεγάλα μονοπύρρηνα			Άμεσος COOMBS		
Ηωσινόφιλα			Έμμεσος COOMBS		
Βασεόφιλα			Ομάδα αίματος		
Αιμοπετάλια			Παράγων RHESUS		
ΤΚΕ					

## Βιοχημικός έλεγχος

ημερομηνία: 

Βιοχημικός έλεγχος	Τιμή	Τιμές αναφοράς		Τιμή	Τιμές αναφοράς
Σάκχαρο			Na		
Ουρία			K		
Κρεατινίνη			Ca		
AST / SGOT			P		
ALT / SGPT			Μαγνήσιο		
γGT			Ουρικό οξύ		
Αλκαλική Φωσφατάση			Ηλεκτρ. πρωτεϊνών		
LDH			Αλβουμίνη		
Χολερυθρίνη ολική			Σφαιρίνες		
Χολερυθρίνη άμεση					
Τριγλυκερίδια			CPK		
Χοληστερόλη ολική			CK-MB		
HDL			Αμυλάση		
LDL			Ψευδοχολινεστεράση		
VLDL			CK-MB (Mass)		
Ολικά λευκώματα			BNP		
Σίδηρος			Ομοκυστεΐνη		
TIBC			Τροπονίνη		
Φερριτίνη			Μυοσφαιρίνη		
Βιταμίνη B12			β2 Μικροσφαιρίνη		
Φυλλικό Οξύ			CEA		
Γλυκοζυλιωμ.Hb			αFP		
			Ca 19-9		
PSA			Ca 125		
FPSA			Ca 15-3		

**Ορμονολογικός έλεγχος**ημερομηνία: 

	Ορμονολογικός έλεγχος	Τιμή	Τιμές αναφορές		Ορμονολογικός έλεγχος	Τιμή	Τιμές αναφορές
TSH	Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη			βT	Τεστοστερόνη βιοδιαθέσιμη		
T3	Τριωδοθυρονίνη			SHBG			
T4	Θυροξίνη			17OHP	17-OH-Προγεστερόνη		
FT3	Ελεύθερη τριωδοθυρονίνη			FSH	Θυλακιοτρόπος ορμόνη		
FT4	Ελεύθερη θυροξίνη			LH	Ωχρινοτρόπος		
PTH	Παραθορμόνη			PRL	Προλακτίνη		
ACTH	Φλοιοτρόπος			β-hCG	β-χοριακή γοναδοτροπίνη		
GH	Αυξητική ορμόνη			DHEA-S	Θεική δεϋδροεπιανδροστερόνη		
IGF-1	Αυξητικός παράγων 1			inhib B	Ανασταλτίνη Β		
INS	Ινσουλίνη			CT	Καλσιτονίνη		
	Κορτιζόλη ορού (δ. πρωινό)			Tg	Θυρεοσφαιρίνη		
	Κορτιζόλη ορού (δ. βραδινό)			Anti-TG	Αντι-θυρεοσφαιρινικά		
E2	Οιστραδιόλη			Anti-TPO	Αντι-μικροσωμακά		
PGR	Προγεστερόνη				Ερυθροποιητίνη		
T	Τεστοστερόνη ολική				c-πεπτίδιο		

**Ανοσολογικός έλεγχος**ημερομηνία: 

Ανοσολογικός έλεγχος	Τιμή	Τιμές αναφορές	Ανοσολογικός έλεγχος	Τιμή	Τιμές αναφορές
CRP			Widal		
RF			Wright		
ANA			Wright-Coombs		
anti-DNA			HbsAg		
AMA			Αντί-HBc ολικό		
ASMA			Αντί-HBe		
anti-ENA			HBe Ag		
Scl-70			Αντί-HBs		
Ανοσοσφαιρίνες			Αντί-HVC		
cANCA			Αντί-HAV		
pANCA			Αντί-HIV I/II		
IgE (total)			Αντί-HTLV I/II		
ASTO			RPR/VDRL		
Mono-Test					

**Γενική ούρων**

ΚΑΡΤΕΛΕΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΟΥΡΩΝ

<b>1. ΚΑΡΤΕΛΑ</b>	<b>ημερομηνία:</b>			

**Ειδικός έλεγχος στα βιολογικά υγρά μεταβολιτών χημικών ουσιών και χημικών παραγόντων**

ΚΑΡΤΕΛΕΣ μεταβολιτών χημικών ουσιών και χημικών παραγόντων στα βιολογικά υγρά

	<b>ημερομηνία:</b>			
<b>Χημική ουσία</b>	<b>Βιολογικό υγρό</b>	<b>Τιμή</b>	<b>Τιμές αναφοράς</b>	

**Ηλεκτροκαρδιογράφημα:**

Διάγνωση:

**Δοκιμασία κόπωσης**

Διάγνωση:

**Ακοομετρικός έλεγχος:**

Ταξινόμηση (κλίμακα Merluzzi):

<b>0</b>	<input type="checkbox"/>	Φυσιολογική
<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	Από θόρυβο 1
<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	Από θόρυβο 2
<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	Από θόρυβο 3
<b>4</b>	<input type="checkbox"/>	Από θόρυβο 4
<b>5</b>	<input type="checkbox"/>	Από θόρυβο 5
<b>6</b>	<input type="checkbox"/>	Όχι από θόρυβο 6
<b>7</b>	<input type="checkbox"/>	Όχι από θόρυβο 7

**Λειτουργικός έλεγχος αναπνοής:**

	Ποσοστά επί τοις % του φυσιολογικού						
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
<b>VC</b>							
<b>FVC</b>							
<b>FEV<sub>1</sub></b>							
<b>FEF<sub>25-75</sub></b>							
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC</b>							
<b>TLC</b>							
<b>RV</b>							
<b>FRC</b>							
<b>RV/ TLC</b>							
<b>IC</b>							
<b>ERV</b>							
<b>IRV</b>							
<b>DLCO</b>							
<b>DL/VA</b>							



**ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:**

**1.Ακτινογραφία θώρακα:**

Διάγνωση:

**2. Ακτινογραφίες:**

Διάγνωση:

**3. Αξονικές-τομογραφίες:**

Διάγνωση:

**4. Μαγνητικές τομογραφίες:**

Διάγνωση:

**5. U/S καρδιάς**

Διάγνωση:

**6. Υπερηχογραφήματα:**

Διάγνωση:

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ - Υπόδειγμα Βεβαίωσης Καταλληλότητας Εργαζόμενου

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ							
Μετά την πρόσληψη		Περιοδική εκτίμηση		Μετά από ατύχημα/ασθένεια		Άλλο	
<b>ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ:</b>							
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ</b>							
Επώνυμο		Όνομα		Πατρώνυμο			
Θέση εργασίας		Δραστηριότητα					
<p>Ο υπογράφων ιατρός, κατόπιν της κλινικής εξέτασης, του ιατρικού και επαγγελματικού ιστορικού, των εξετάσεων στις οποίες υποβλήθηκε ή της γνωμάτευσης του ειδικού ιατρού ....., βεβαιώνω ότι ο ανωτέρω εργαζόμενος/η:</p>							
Α) Κρίνεται <b>ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ/Η</b> για την ανωτέρω θέση εργασίας / δραστηριότητα							
<p>Β) Κρίνεται <b>ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ /Η</b> για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας / δραστηριότητα <b>με τις παρακάτω προϋποθέσεις ή περιορισμούς</b> για το χρονικό διάστημα:.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τροποποίηση της θέσης εργασίας ή των καθηκόντων εργασίας</li> <li>• Χρήση Μέσων Ατομικής Προστασίας</li> <li>• Αποφυγή συγκεκριμένου κινδύνου/ δραστηριότητας</li> <li>• Άλλο</li> </ul>							
<p>Γ) Κρίνεται <b>προσωρινά ΜΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ /Η</b> για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας / δραστηριότητα και χρήζει:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσωρινής αλλαγής θέσης εργασίας για χρονικό διάστημα:.....</li> <li>• Περαιτέρω ιατρικού ελέγχου και επανεξέτασης</li> </ul>							
<p>Δ) <b>ΜΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ /Η</b> για τη συγκεκριμένη θέση εργασίας / δραστηριότητα και χρήζει:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αλλαγής θέσης εργασίας.....</li> </ul>							
<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>							
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ - ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>							