

## فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19

نام و نام خانوادگی :	سن:	کد ملی:
نام کارخانه/کارگاه/سازمان:	عنوان شغلی:	
شرح حال و معاینه فیزیکی:		
پاراکلینیک:		
نظریه پزشک:		
<input type="checkbox"/> از نظر سرایت پذیری بیماری کووید-۱۹ منع حضور در محل کار ندارد.		
<input type="checkbox"/> عدم امکان حضور در محل کار و بررسی مجدد ..... روز بعد		
<input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص طب کار / پزشک عمومی دارای مجوز ( در صورت عدم دسترسی به متخصص طب کار) به علت درگیری ارگان های هدف (تنفسی، کلیه، قلب، کبد) جهت ارزیابی تناسب شغلی		
مهر و امضای پزشک تاریخ		
نظریه تناسب شغلی متخصص طب کار / پزشک عمومی دارای مجوز در صورت وجود آسیب ارگان هدف:		
<input type="checkbox"/> بلامانع		
<input type="checkbox"/> مشروط به :		
<input type="checkbox"/> عدم صلاحیت		
مهر و امضای پزشک متخصص طب کار / پزشک دارای مجوز معاینات سلامتی شغلی تاریخ		