

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 1 sierpnia 2002 r.

w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób.

(Dz. U. z dnia 19 sierpnia 2002 r.)

Na podstawie art. 237 § 4 pkt 1 Kodeksu pracy zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób;
- 2) sposób prowadzenia rejestrów chorób zawodowych, w tym wzory dokumentów stosowanych w postępowaniu dotyczącym tych chorób;
- 3) dane objęte rejestrem chorób zawodowych.

§ 2. 1. Dokumentacja medyczna dotycząca chorób zawodowych obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną, którą stanowi karta badania w związku z chorobą zawodową;
- 2) dokumentację zbiorczą, którą stanowi księga podejrzeń oraz rozpoznań chorób zawodowych.

2. Karta badania w związku z chorobą zawodową zawiera:

- 1) dane identyfikacyjne jednostki orzeczniczej (nazwa, adres, numer identyfikacyjny REGON);
- 2) dane identyfikacyjne osoby badanej (imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania, numer ewidencyjny PESEL);
- 3) dane identyfikacyjne podmiotu kierującego na badanie (nazwa, adres);
- 4) dane o zatrudnieniu osoby badanej (nazwa pracodawcy, adres, numer identyfikacyjny REGON) lub informacje o pobieraniu emerytury lub renty albo pozostawaniu bez pracy;
- 5) dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie powstania choroby zawodowej (nazwa pracodawcy, adres, numer identyfikacyjny REGON), oraz informacje o narażeniu zawodowym w okresie tego zatrudnienia;
- 6) dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 7) wyniki konsultacji i badań diagnostycznych;
- 8) treść orzeczenia lekarskiego, w tym orzeczenie o rozpoznaniu choroby zawodowej lub o braku podstaw do jej rozpoznania;
- 9) podpis lekarza wykonującego badanie i pieczęć dokumentującą posiadanie specjalizacji lekarskiej niezbędnej do wykonywania orzecznictwa w zakresie chorób zawodowych, określonej w odrębnych przepisach.

3. Prowadzenie, przechowywanie i udostępnianie kart badań w związku z chorobą zawodową określają przepisy w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.

4. Dane umieszczane w księdze podejrzeń oraz rozpoznań chorób zawodowych oraz sposób jej prowadzenia i przechowywania określają przepisy w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy oraz sposobu jej prowadzenia i przechowywania.

§ 3. Określa się wzory formularzy stosowanych w postępowaniu dotyczącym zgłaszania, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz zawiadamiania o skutkach choroby zawodowej:

- 1) wzór zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) wzór skierowania na badania w celu rozpoznania choroby zawodowej, stosowany w przypadku skierowania wydawanego przez lekarza lub lekarza stomatologa, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) wzór skierowania na badania w celu rozpoznania choroby zawodowej, stosowany w przypadku skierowania wydawanego przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) wzór karty oceny narażenia zawodowego w związku z podejrzeniem choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia;
- 5) wzór orzeczenia lekarskiego o rozpoznaniu choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia;
- 6) wzór orzeczenia lekarskiego o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia;
- 7) wzór decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 7 do rozporządzenia;
- 8) wzór decyzji o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 9) wzór karty stwierdzenia choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 9 do rozporządzenia;
- 10) wzór zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej, stanowiący załącznik nr 10 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Informacje gromadzone na kartach stwierdzenia choroby zawodowej oraz w zawiadomieniach o skutkach choroby zawodowej są gromadzone w formie rejestrów chorób zawodowych i rejestrów skutków chorób zawodowych.

2. Rejestry chorób zawodowych i rejestry skutków tych chorób prowadzone przez państwowych inspektorów sanitarnych zawierają dane o pracownikach lub byłych pracownikach zatrudnionych przez pracodawców prowadzących działalność na obszarze objętym zakresem ich działania.

3. Rejestry chorób zawodowych i rejestry skutków tych chorób prowadzone przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi zawierają dane o pracownikach lub byłych pracownikach zatrudnionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Do rejestrów, o których mowa w ust. 1-3, mają zastosowanie przepisy o ochronie danych osobowych.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1

WZÓR

Pieczeńć zgłaszającego

podejrzenie choroby zawodowej

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny^{*)}

Okręgowy Inspektor Pracy^{*)}

w

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

Imię i nazwisko data urodzenia

Adres zamieszkania

numer ewidencyjny PESEL

Aktualne zatrudnienie (nazwa pracodawcy, adres, numer
identyfikacyjny REGON^{*)}

.....

rencista - emeryt - bezrobotny^{*)}

Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło zagrożenie będące
powodem zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej (pełna nazwa
pracodawcy - zakładu pracy, adres, numer identyfikacyjny REGON)
.....
.....

.....

.....

Stanowisko i rodzaj pracy

Pełna nazwa choroby zawodowej, której dotyczy zgłoszenie

.....

Pozycja w wykazie chorób zawodowych

Rodzaj narażenia zawodowego, które wskazuje się jako przyczynę
choroby zawodowej

.....

.....

.....

Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako
przyczynę choroby zawodowej

.....

Uzasadnienie podejrzenia choroby zawodowej

.....

.....

Data

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej
podejrzenie choroby zawodowej

^{*)} Niepotrzebne skreślić.

ZAŁĄCZNIK Nr 2**WZÓR**

Pieczęć zakładu
opieki zdrowotnej
albo lekarza wykonującego
indywidualną praktykę lekarską lub
indywidualną specjalistyczną
praktykę lekarską albo pieczęć (nazwa i adres
grupowej praktyki lekarskiej jednostki orzeczniczej)

SKIEROWANIE NA BADANIA W CELU ROZPOZNANIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Zgłaszam podejrzenie choroby zawodowej i proszę o
przeprowadzenie badań w celu rozpoznania choroby zawodowej u
osoby:

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia3. Numer ewidencyjny PESEL
4. Miejsce zamieszkania:
.....
5. Aktualna sytuacja zawodowa: pracownik/ emeryt/ rencista/
bezrobotny*)
6. Aktualny zakład pracy (dotyczy pracownika):
Pełna nazwa:
.....
Numer identyfikacyjny REGON:
Adres zakładu pracy:
.....
7. Wywiad zawodowy: **)

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe)	Dane o narażeniu (wyniki pomiarów)

8. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie choroby zawodowej:

Pełna nazwa pracodawcy/zakładu pracy

.....

Adres zakładu pracy:

.....

Numer identyfikacyjny REGON:

9. Stanowisko pracy, wydział, oddział:

.....

10. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności):

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

Załączniki:

1. Dokumentacja badań profilaktycznych^{*)}

2. Wyniki badań dodatkowych^{*)}

3. Wyniki konsultacji specjalistycznych^{*)}

Otrzymują do wiadomości (bez załączników):

1. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w

2. Okręgowy Inspektor Pracy w

^{*)} Niepotrzebne skreślić.

^{**)} W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

ZAŁĄCZNIK Nr 3

WZÓR

Pieczęć państwowego
powiatowego inspektora sanitarnego

.....
(nazwa i adres
jednostki orzeczniczej)

SKIEROWANIE NA BADANIA W CELU ROZPOZNANIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Na podstawie przesłanego zgłoszenia podejrzenia choroby
zawodowej proszę o przeprowadzenie badań w celu rozpoznania
choroby zawodowej u osoby:

- 1. Imię i nazwisko 2. Data urodzenia
- 3. Miejsce zamieszkania
- 4. Numer ewidencyjny PESEL
- 5. Aktualna sytuacja zawodowa:
pracownik / emeryt / rencista / bezrobotny *)
- 6. Aktualny zakład pracy (dotyczy pracownika):
Pełna nazwa:
.....
Numer identyfikacyjny REGON:
Adres zakładu pracy:
.....
- 7. Wywiad zawodowy: **)

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe)	Dane o narażeniu (wyniki pomiarów)

- 8. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się podejrzenie
choroby zawodowej:
Pełna nazwa pracodawcy/zakładu pracy:
.....
Adres zakładu pracy:
.....
Numer identyfikacyjny REGON:

9. Stanowisko pracy, wydział, oddział:

.....

10. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj wykonywanych czynności):

.....

11. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:

.....

.....

.....

podpis i pieczęć
państwowego powiatowego
inspektora sanitarnego

Otrzymują do wiadomości:

1. Okręgowy Inspektor Pracy w

2. Osoba zgłaszająca podejrzenie choroby zawodowej

*) Niepotrzebne skreślić.

**) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

ZAŁĄCZNIK Nr 4**WZÓR****KARTA OCENY NARAŻENIA ZAWODOWEGO W ZWIĄZKU Z PODEJRZENIEM CHOROBY ZAWODOWEJ**

Postępowanie przeprowadzone w dniu r. w związku
ze zgłoszeniem podejrzenia choroby zawodowej:

1. Imię i nazwisko pacjenta
2. Data urodzenia
3. Numer ewidencyjny PESEL
4. Miejsce zamieszkania:
5. Aktualna sytuacja zawodowa:
pracownik / emeryt / rencista / bezrobotny *)
6. Aktualny zakład pracy:
Pełna nazwa:
- Numer identyfikacyjny REGON:
- Adres zakładu pracy:
7. Postępowanie dotyczy choroby zawodowej:
pełna nazwa (wg wykazu chorób zawodowych):
- Numer według wykazu chorób zawodowych:
8. Kto zgłosił podejrzenie choroby zawodowej:
9. Wywiad zawodowy**)

Okresy zatrudnienia od - do	Stanowisko pracy	Pracodawca (zakład pracy)	Charakterystyka narażenia (czynniki szkodliwe/uciążliwe)	Dane o narażeniu (wyniki pomiarów)

-
10. Dane dotyczące zatrudnienia, z którym wiąże się
podejrzanie choroby zawodowej:
Pełna nazwa pracodawcy (zakładu pracy):
.....
Adres zakładu pracy:
.....
Numer identyfikacyjny REGON:
11. Stanowisko pracy, wydział, oddział:
12. Charakterystyka wykonywanej pracy (rodzaj
wykonywanych czynności):
.....
13. Czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby
zawodowej:
nazwa czynnika (czynników):

wyniki pomiarów w okresie zatrudnienia pracownika oraz ich
natężenie (największe i najmniejsze - z datą pomiarów lub
najczęściej stwierdzane; jeżeli podejrzenie dotyczy choroby
wywołanej czynnikami biologicznymi lub uczulającymi - należy
podać dane, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 i 3
rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie
wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w
sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania
chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach -
Dz. U. Nr 132, poz. 1115):

.....
.....
.....

14. Sposób wykonywania pracy ^{***})
- a) rodzaj, zakres i stopień obciążenia czynnościami,
które mogły powodować nadmierne obciążenie:
(uwzględnić odpowiednio: układ ruchu, obwodowy
układ nerwowy (pnie nerwów), narząd głosu - podać
w formie opisu)
-
.....
.....

-
- b) chronometraż czynności powodujących nadmierne obciążenie określonego układu/narządu organizmu ludzkiego:
.....
.....
- c) pozycja ciała podczas wykonywania ww. czynności:
.....
- d) czy stanowisko pracy było dostosowane pod względem ergonomicznym do wykonywania ww. czynności:
- e) organizacja pracy (zmianowość, przerwy w pracy):
.....
15. Okres narażenia zawodowego na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej:
-
16. Opis środków profilaktycznych podejmowanych w zakładzie pracy w związku z narażeniem zawodowym: ...
.....
.....
17. Czy w zakładzie pracy były przeprowadzane kontrole warunków pracy?
- kto przeprowadzał (PIP, PIS)? :
- kiedy?
- charakterystyka wydanych decyzji:
-
18. Czy pracownik miał wykonywane badania profilaktyczne w okresie zatrudnienia w narażeniu?
-
- a) kto wykonywał badania?
-
- b) czy były orzekane przeciwwskazania do wykonywania pracy?
-
- c) czy pracownik korzystał z urlopów dla poratowania zdrowia (kiedy, ile razy?):
-

19. Czy pracownik wykonywał pracę w narażeniu na czynniki, które wskazuje się jako przyczynę choroby zawodowej w innym miejscu pracy, niż przedstawione w pkt 10? jeśli **tak**, jakie to były miejsca pracy (powtórzyć charakterystykę z pkt 10-18 na odrębnym formularzu)

Podsumowanie postępowania:

(czy zdaniem osoby przeprowadzającej postępowanie można uznać, że warunki pracy (narażenie zawodowe) stwarzały możliwość powstania choroby zawodowej)

.....
czytelny podpis i pieczęć osoby
przeprowadzającej postępowanie

*) Niepotrzebne skreślić.

**) W przypadku braku szczegółowych danych, tabelę wypełnić na podstawie informacji uzyskanych od osoby, której dotyczy postępowanie w sprawie choroby zawodowej.

***) Wypełnić w przypadku, gdy podejrzenie dotyczy choroby wywołanej sposobem wykonywania pracy.

ZAŁĄCZNIK Nr 5

WZÓR

Pieczęć jednostki orzeczniczej

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w

**Orzeczenie lekarskie nr
o rozpoznaniu choroby zawodowej**

Imię i nazwisko Data urodzenia

..... Numer ewidencyjny

PESEL

Miejsce zamieszkania

Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło narażenie zawodowe
stanowiące przyczynę zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej
(pełna nazwa pracodawcy/zakładu pracy, adres, numer
identyfikacyjny REGON)

Stanowisko i rodzaj pracy

Rodzaj narażenia zawodowego stanowiący przyczynę choroby
zawodowej

Okres narażenia zawodowego

Pełna nazwa rozpoznanej choroby zawodowej

Pouczenie:

1. Od orzeczenia lekarskiego przysługuje prawo złożenia wniosku o przeprowadzenie ponownego badania lekarskiego w jednostce badawczo-rozwojowej w dziedzinie medycyny pracy, a w przypadku dotyczącym choroby zakaźnej - w katedrze, poradni lub klinice chorób zakaźnych i inwazyjnych akademii medycznej, a w odniesieniu do gruźlicy - także w jednostce badawczo-rozwojowej prowadzącej rozpoznanie i leczenie gruźlicy. Wniosek o przeprowadzenie ponownego badania składa się w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia lekarskiego za pośrednictwem jednostki, w której wydano orzeczenie lekarskie.*)
2. Orzeczenie jest ostateczne.*)

*) Niepotrzebne skreślić.

ZAŁĄCZNIK Nr 6

WZÓR

Pieczęć jednostki orzeczniczej

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w

Orzeczenie lekarskie nr

o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej

Imię i nazwisko Data urodzenia

Numer ewidencyjny PESEL
.....

Miejsce zamieszkania
.....

Miejsce zatrudnienia, w którym wystąpiło narażenie zawodowe
stanowiące przyczynę zgłoszenia podejrzenia choroby zawodowej
(pełna nazwa pracodawcy - zakładu pracy, adres, numer
identyfikacyjny REGON)
.....
.....

Stanowisko i rodzaj pracy
.....
.....

Rodzaj narażenia zawodowego
.....
.....
.....

Okres narażenia zawodowego
.....
.....
.....

Ustalenia kliniczne dotyczące choroby, w stosunku do której
prowadzono postępowanie
.....
.....
.....

ZAŁĄCZNIK Nr 7

WZÓR

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w

....., dnia.....

DECYZJA NR

o stwierdzeniu choroby zawodowej

Na podstawie art. 104 § 1 i 2 Kpa i art. 5 pkt 4a ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 1998 r. Nr 90, poz. 575, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 70, poz. 778, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 29, poz. 320, Nr 42, poz. 473, Nr 63, poz. 634, Nr 125, poz. 1367, Nr 126, poz. 1382 i Nr 128, poz. 1407 i 1408 oraz z 2002 r. Nr 37, poz. 329 i Nr 74, poz. 676) po rozpoznaniu zgłoszenia choroby zawodowej

u

Pana/i

stwierdzam chorobę zawodową

(pełna nazwa choroby)
.....
wymienioną w poz. wykazu chorób zawodowych
określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca
2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad
postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i
stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych
sprawach (Dz. U. Nr 132, poz. 1115)

UZASADNIENIE

Na podstawie orzeczenia lekarskiego nr o stwierdzeniu
choroby zawodowej, wystawionego przez (nazwa jednostki
orzeczniczej).....otrzymanego
w dniu..... dotyczącego
(imię i nazwisko)
urodzonego(ej) (miejsce i data urodzenia)
zamieszkałego(ej) w
numer ewidencyjny PESEL

WZÓR

Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny
w

....., dnia.....

DECYZJA NR

o braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej

Na podstawie art. 104 § 1 i 2 Kpa i art. 5 pkt 4a ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 1998 r. Nr 90, poz. 575, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 70, poz. 778, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 29, poz. 320, Nr 42, poz. 473, Nr 63, poz. 634, Nr 125, poz. 1367, Nr 126, poz. 1382 i Nr 128, poz. 1407 i 1408 oraz z 2002 r. Nr 37, poz. 329 i Nr 74, poz. 676) po rozpoznaniu zgłoszenia choroby zawodowej

u

Pana/i.....

nie stwierdzam choroby zawodowej

(pełna nazwa choroby, w stosunku do której prowadzono postępowanie).....

.....
wymienionej w poz. wykazu chorób zawodowych określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002 r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach (Dz. U. Nr 132, poz. 1115)

UZASADNIENIE

Na podstawie orzeczenia lekarskiego nr o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej, wystawionego przez (nazwa jednostki orzeczniczej)

.....
otrzymanego w dniu..... dotyczącego (imię i nazwisko)
urodzonego(ej) (miejsce i data urodzenia)
zamieszkałego(ej) w
numer ewidencyjny PESEL

ZAŁĄCZNIK Nr 9

Nazwa i adres powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej	KARTA STWIERDZENIA CHOROBY ZAWODOWEJ	1. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi 2. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w
Numer identyfikacyjny REGON pracodawcy	Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienia na odwrocie

1. imię i nazwisko	2. płeć	3. data urodzenia	<p style="text-align: center;">NIE WYPEŁNIAĆ</p> <p>.....</p> <p>5.</p> <p>7.</p> <p>7a. 7b.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>10a.</p> <p>10b.</p> <p>11.</p> <p>12.</p> <p>13.</p> <p>14.</p>
4. adres chorego	5. numer ewidencyjny PESEL		
6. nazwa pracodawcy, u którego powstała choroba zawodowa			
7. numer klasyfikacji PKD	7a. <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie zatrudnienie na podstawie stosunku pracy		
7b. tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> rok likwidacji czy aktualnie zakład pracy funkcjonuje			
8. adres pracodawcy / województwo		
9. zawód, stanowisko pracy, rodzaj wykonywanych czynności			
10. czynnik, który wywołał chorobę zawodową			
10a. liczba lat i kalendarzowy okres /okresy/ narażenia na ten czynnik			
10b. pozostałe czynniki, które miały udział w powstaniu choroby zawodowej			
11. zawód i miejsce pracy osoby przeprowadzającej ocenę narażenia zawodowego			
12. data oceny warunków pracy			
13. pełna nazwa choroby zawodowej			
14. numer pozycji wykazu chorób zawodowych			
14. nazwa jednostki orzeczniczej, która rozpoznała chorobę	15. data rozpoznania choroby zawodowej		
16. w przypadku pośmiertnego rozpoznania choroby, podać datę zgonu chorego	17. data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej		
pieczęć i podpis państwowego powiatowego inspektora sanitarnego			

OBJAŚNIENIA

do wypełniania karty stwierdzenia choroby zawodowej

Uwagi ogólne:

- 1) Formularz karty stwierdzenia choroby zawodowej należy wypełnić pismem maszynowym i po sprawdzeniu przesłać na adres Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera (ul. Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, skr. poczt. 199) oraz do właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego niezwłocznie po uprawomocnieniu się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej. Wypełnione druki powinny być przesyłane w dwóch kopertach - wewnętrznej zaklejonej z dopiskiem "zastrzeżone" oraz zewnętrznej odpowiednio zaadresowanej.
- 2) W pole oznaczone "Numer identyfikacyjny - REGON pracodawcy" należy wpisać dziewięciocyfrowy identyfikator REGON zakładu pracy. W przypadku gdy chorobę stwierdzono u rolnika indywidualnego, należy w tym polu wpisać "rolnik indywidualny".
- 3) W pole oznaczone "Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej" należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej wydanej w danym roku kalendarzowym.

Uwagi szczegółowe:

pkt 2 wpisać kod - **M** (mężczyzna) lub **K** (kobieta)

pkt 6 wpisać pełną nazwę pracodawcy (nie stosować skrótów), w którego zakładzie stwierdzono chorobę zawodową

pkt 7 wpisać 4-cyfrowy symbol klasyfikacji działalności według Polskiej Klasyfikacji Działalności, nadany pracodawcy przez właściwy urząd statystyczny

pkt 7a zaznaczyć właściwą odpowiedź; przez osoby zatrudnione rozumie się osoby wykonujące pracę na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania lub wyboru; pozostałe osoby to pracodawcy i pracujący na własny rachunek - właściciele i współwłaściciele, osoby wykonujące pracę nakładczą, agencji, członkowie spółek produkcji rolniczej, duchowni (definicja według Głównego Urzędu Statystycznego)

pkt 9 wpisać zawód i stanowisko pracy chorego, na którym występujące czynniki szkodliwe wywołały stwierdzoną chorobę zawodową, lub wymienić rodzaj pracy i sposób jej wykonywania, jeżeli były one powodem powstania choroby zawodowej

pkt 10 - 10b w przypadku kilku czynników, podać nazwę głównego wraz z okresami narażenia, np. tlenek węgla, I dzień (1992 r.), lub pył węgla kamiennego o zawartości SiO₂ - 5%, okresy narażenia: 1968-1976; 1980-1991; pozostałe czynniki, które wywołały chorobę zawodową, należy tylko wymienić; nazwy czynnika/ów podać zgodnie z obowiązującym nazewnictwem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 228 § 3 Kodeksu pracy; nie używać ogólnikowych określeń typu "farby", "rozpuszczalniki", "pyły"

pkt 11, 12 ocenę warunków pracy przeprowadza się po zgłoszeniu podejrzenia choroby zawodowej; wpisać zawód i miejsce pracy osoby, która przeprowadzała ocenę warunków pracy w zakładzie, np. instruktor higieny PSSE, lekarz medycyny pracy, mgr inż. WSSE, oraz datę przeprowadzenia tej oceny; w przypadku nieprzeprowadzenia oceny wpisać "oceny warunków pracy nie przeprowadzono"

pkt 13 wpisać pełną nazwę stwierdzonej choroby zawodowej, uwzględniając jej postać lub stopień zaawansowania; nie używać ogólnikowych określeń typu "choroba skóry", "choroba narządu głosu", "choroba nowotworowa"; wpisać numer choroby według obowiązującego wykazu chorób zawodowych

pkt 14 wpisać nazwę jednostki orzeczniczej, która rozpoznała chorobę zawodową

ZAŁĄCZNIK Nr 10

Nazwa i adres pracodawcy, w którego zakładzie pracy stwierdzono chorobę zawodową	ZAWIADOMIENIE O SKUTKACH CHOROBY ZAWODOWEJ	Adresat: 1) Centralny Rejestr Chorób Zawodowych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi
	Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w
Numer identyfikacyjny – REGON pracodawcy	Województwo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Przed wypełnieniem przeczytać objaśnienie na odwrocie</i> <i>Wysłać bez pisma przewodniego</i>
	Data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej	

1. 2. 3.
imię i nazwisko chorego płeć /M lub K/ data urodzenia

4.
adres chorego

5.
.....
pełne rozpoznanie choroby zawodowej

- pozycja w wykazie chorób zawodowych

6. Orzeczone czasową niezdolność do pracy: NIE/TAK* na ile dni

7. Orzeczone okresową niezdolność do pracy z powodu choroby/czasowo przeniesiono na inne stanowisko pracy/: NIE/TAK* na ile dni

8. Stwierdzono stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu NIE/TAK* w wysokości%

8a. Wyplacono jednorazowe odszkodowanie: NIE/TAK*

8b. Przyznano świadczenia wyrównawcze z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego chorobą zawodową NIE/TAK*

9. Przyznano rentę z tytułu częściowej/całkowitej* niezdolności do pracy spowodowanej skutkami choroby zawodowej NIE/TAK*

9a. Przyznano rentę szkoleniową NIE/TAK*, na okresmiesiący

9b. Przyznano rentę okresową NIE/TAK*, na okresmiesiący

9c. Przyznano rentę stałą NIE/TAK*

10. Stwierdzenie choroby zawodowej dotyczy emeryta/rencisty/ bezrobotnego...* NIE/TAK*

.....
data

.....
podpis

NIE WYPEŁNIAĆ

0.

4.

* Niepotrzebne skreślić.

OBJAŚNIENIA

do wypełniania zawiadomienia o skutkach choroby zawodowej

Uwagi ogólne:

- 1) Zawiadomienie wypełnia pracodawca zatrudniający pracownika, u którego stwierdzono chorobę zawodową po jego przystąpieniu do pracy lub po przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy.
- 2) Formularz zawiadomienia należy wypełnić pismem maszynowym i po sprawdzeniu przesłać do państwowego inspektora sanitarnego wydającego decyzję w I instancji oraz do Zakładu Epidemiologii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi, ul. Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, skr. poczt. 199.
- 3) Pracodawca nie wypełnia prawego marginesu zawiadomienia; jest to miejsce na kod i w związku z tym nie należy dokonywać na marginesie żadnych zapisów.
- 4) W pole oznaczone "Numer identyfikacyjny - REGON pracodawcy" należy wpisać dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny REGON pracodawcy, który należy uzyskać podczas oceny warunków pracy przeprowadzonej u pracodawcy.
- 5) W pole oznaczone "Numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej" należy wpisać kolejny numer decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej w danym roku kalendarzowym.
- 6) W pole oznaczone "województwo" wpisać nazwę województwa, na terenie którego powstała choroba zawodowa.
- 7) W pole oznaczone "data decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej" wpisać datę wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Uwagi szczegółowe:

- pkt 5 Wpisać pełne rozpoznanie choroby zawodowej zgodnie z brzmieniem podanym w decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.
- pkt 6 Wpisać liczbę dni niezdolności do pracy w związku z chorobą zawodową.
- pkt 7 Wpisać liczbę dni okresowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub przeniesienia na inne stanowisko pracy.
- pkt 8 Wpisać procent uszczerbku na zdrowiu orzeczonego przez lekarza orzecznika ZUS.
- pkt 8a Wpisać wysokość jednorazowego odszkodowania wypłaconego w związku ze stwierdzeniem choroby zawodowej.
- pkt 8b Zaznaczyć, czy przyznano świadczenia wyrównawcze w związku ze stwierdzeniem choroby zawodowej.
- pkt 9, 9a-c Zaznaczyć, czy pracownikowi przyznano rentę z tytułu choroby zawodowej i podać, czy jest to renta z tytułu częściowej, czy całkowitej niezdolności do pracy oraz na jaki okres została przyznana.