

### دستورالعمل تکمیل فرم ۳-۱۱۱(ر)

این فرم باید ماهانه ، توسط شرکتهای ارائه دهنده خدمات طب کار تکمیل شده و تحویل مرکز بهداشت شهرستان گردد . مرکز بهداشت شهرستان هر ۶ ماه با جمع بندی فرمهای ارسالی از شرکتهای ، فرم جمع بندی شده را به مرکز بهداشت استان ارسال کرده و جمع بندی نهایی سالانه از طرف مرکز بهداشت استان به مرکز سلامت محیط و کار ارسال میگردد .

مسئول تکمیل فرم در شرکت ، مسئول فنی شرکت می باشد . در این فرم تنها مواردی که تشخیص قطعی توسط پزشک معاینه کننده داده شده است وارد میشود . در صورت شک به وجود بیماری یا عدم تشخیص قطعی ، پزشک معاینه کننده باید راننده را به متخصص مربوطه ارجاع نموده و پس از تشخیص قطعی متخصص، نتیجه نهایی را در فرم ثبت کند . در مواردی که بیماری خاصی وجود ندارد حتماً در ستون تعداد عدد صفر نوشته شده یا خط تیره گذاشته شود .

توضیح موارد ذکر شده در فرم به قرار زیر است :

**کوررنگی** . منظور کوررنگی در سه رنگ قرمز یا سبز یا زرد است .

**ضعف بینایی** . یعنی قدرت بینایی برای مجموع دو چشم کمتر از ۱۵/۱۰ باشد(با یا بدون اصلاح)

**اختلال میدان دید** . یعنی میدان بینایی برای مجموع دو چشم کمتر از ۱۲۰ درجه باشد .

**یک چشمی** . یعنی یک چشم بطور کامل بینایی نداشته باشد نظیر آمبلیوپیا

**ضعف شنوایی** . یعنی یک گوش کامل کر باشد و متوسط افت شنوایی گوش دیگر در فرکانسهای ۵۰۰ ، ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ بیش از ۵۰ dB باشد . یا افت شنوایی در مجموع هر دو گوش در فرکانسهای ذکر شده بیش از ۱۰۰ (dB) باشد .

بیماریهای دریچه ای قلب . یعنی هر نوع تنگی یا نارسایی هر یک از ۴ دریچه آئورت ، پولمونر ، میترال یا تری کوسپید که منجر به LV dysfunction در کلاس II یا III یا IV شده باشد .

نارسایی احتقانی قلب . یعنی LV dysfunction با II Functional class یا III یا IV

پرفشاری خون(خفیف) : یعنی فشار سیستولیک بزرگتر یا مساوی ۱۶۰ میلی متر جیوه و یا فشار دیاستولیک بزرگتر یا مساوی ۹۰ میلی متر جیوه

پرفشاری خون(متوسط تا شدید) : یعنی فشار سیستولیک بزرگتر یا مساوی ۱۸۰ میلی متر جیوه و / یا فشار دیاستولیک بزرگتر یا مساوی ۱۰۵ میلی متر جیوه

انفارکتوس میوکارد اخیر : یعنی انفارکتوس میوکارد طی ۳ ماه گذشته

دیابت : یعنی یک FBS بالاتر از ۱۲۶ به همراه یکی از موارد زیر :

۱- علائم دیابت بعلاوه یک قند خون راندوم بالاتر از ۲۰۰

۲- 2hpp بالاتر از ۲۰۰ پس از مصرف ۷۵ gr گلوکز

هیپرتیروئیدیسم : هیپرتیروئیدیسم علامت دار شامل علائم قلبی یا عصبی به همراه آزمایشات هورمونی compatible

هیپوتیروئیدیسم : هیپوتیروئیدیسم علامت دار به همراه آزمایشات هورمونی compatible

صرع : سابقه هر نوع صرع چه grandmal و چه petit mal با تشخیص پزشک متخصص کنترل شده یا نشده با یا بدون مصرف دارو

سنکوپ مکرر : سابقه faint های مکرر

مولیتیل اسکروزیس : بنا به اظهار راننده با تشخیص پزشک متخصص کنترل شده یا نشده با یا بدون مصرف دارو

پارکینسون : بنا به اظهار راننده با تشخیص پزشک متخصص کنترل شده یا نشده با یا بدون

مصرف دارو

دیالیز : یعنی یک برنامه منظم دیالیز، هفته ای سه بار یا بیشتر بصورت طولانی مدت

فلجی ، فقدان یا قطع در اندام فوقانی : یعنی هر کدام از موارد زیر :

۱- فلجی ، فقدان یا قطع یک اندام فوقانی در هر قسمتی از مچ دست به بالا

۲- فلجی ، فقدان یا قطع انگشت شست هر دو دست

۳- فلجی ، فقدان یا قطع بیشتر از یک شست و دو انگشت در یک دست

فلجی ، فقدان یا قطع در اندام تحتانی : یعنی هر کدام از موارد زیر :

۱- فلجی ، فقدان یا قطع یک اندام تحتانی در هر قسمتی از مچ پا به بالا

۲- فلجی ، فقدان یا قطع قسمت قدامی یک پا

۳- فلجی ، فقدان یا قطع پنجه بزرگ یک پا

۴- فلجی ، فقدان یا قطع مفصل متاتارسوفالانژیال

کاهش قدرت عضلانی اندام : یعنی ضعف عضلات پروگزیمال یک اندام فوقانی یا تحتانی و

کاهش قدرت آن به کمتر از ۴/۵

آرتریت روماتوئید : بنا به اظهار راننده با تشخیص پزشک متخصص به نحوی که دفرمیتیه  
مفاصل مانع رانندگی گردد .

دفرمیتی شدید ستون فقرات : به نحویکه به تشخیص پزشک مانع از رانندگی گردد

نارسایی تنفسی متوسط تا شدید : تنگی نفس و عدم توانایی در بالا رفتن از پله و پیاده روی در

سربالایی

تنگی نفس در پیاده روی روی زمین مسطح

تنگی نفس در هنگام استراحت



