Příloha 1

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

**O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**

Evidenční označení:

|  |
| --- |
| **Žádost o provedení pracovnělékařské prohlídky a posouzení zdravotní způsobilosti k práci** |
| **Jméno a příjmení posuzované osoby:** | **Datumnarození:** |
| **Adresa místa trvalého pobytu:\*** |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Křižkovského 8, 771 47 Olomouc, IČ: 61989592** |
| **Pracoviště:** | **Velikost úvazku:** |
| **Pracovní zařazení posuzované osoby a druh práce:** |
| **Režim práce :** [ ]  jednosměnný[ ]  dvousměnný [ ]  třísměnný [ ]  nepřetržitý [ ]  práce v noci |
|  |  |  |  |  |
| **Druh požadované pracovnělékařské prohlídky** (vyznačte [x]  příslušnou položku): |
| [ ]  vstupní [ ]  periodická [ ]  mimořádná  |
| **Důvod k provedení prohlídky** (vyznačte [x]  příslušné položky důvodu):[ ]  přijetí do pracovního poměru[ ]  končí platnost předchozího posudku; uveďte datum ukončení platnosti předchozího posudku: ………………………………………..[ ]  převedení zaměstnance na jinou práci (§ 10 odst. 2 vyhl. č. 79/2013 Sb.)Výkon práce nebo činnosti s rizikem ohrožení zdraví (§ 11 odst. 3 vyhl. č. 79/2013 Sb.)* [ ]  činnost epidemiologicky závažná (§ 19 zák. č. 258/2000 Sb.)
* [ ]  obsluha a řízení motorového vysokozdvižného vozíku

 - [ ]  řidič referent* [ ]  obsluha tlakových nádob /parní sterilizátory (ČSN 690012); lahve, sudy, kontejnery (ČSN 07 8304)
* [ ]  noční práce

[ ]  výkon činnosti radiačního pracovníka (§ 47 odst. 12 zák. č. 18/1997 Sb.)[ ]  dohoda o pracích konaných mimo pracovní poměr (§ 11 odst. 5 vyhl. č. 79/2013 Sb.)[ ]  důvodný předpoklad ztráty nebo změny zdravotní způsobilosti k práci nebo zvýšení míry rizika dříve zohledněného rizikového faktoru pracovních podmínek (§ 12 vyhl. č. 79/2013 Sb.)[ ]  riziková práce tj. práce zařazená do kategorie 2R, 3 nebo 4 (§ 39 zák. č. 258/2000 Sb.)[ ]  práce se zvířaty |
| **Faktory pracovních podmínek a jejich míra** (zaškrtněte [x]  míru rizika u jednotlivých faktorů dle kategorizace prací) |
|  | **1** | **2** | **2R** | **3** | **4** |  | **1** | **2** | **2R** | **3** | **4** |
| Hluk |  |  |  |  |  | Látka s větou H317 |  |  |  |  |  |
| Pracovní poloha |  |  |  |  |  | Zátěž teplem |  |  |  |  |  |
| Celková fyzická zátěž |  |  |  |  |  | Formaldehyd |  |  |  |  |  |
| Biologičtí činitelé |  |  |  |  |  | Vibrace přenášené na ruce |  |  |  |  |  |
| Neionizující záření, lasery a UV záření |  |  |  |  |  | Svářečské dýmy |  |  |  |  |  |
| Oxid uhelnatý |  |  |  |  |  | Prach dřevin |  |  |  |  |  |
| Prach polymerních materiálů |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Výsledná kategorie práce:** |
| **Jméno a příjmení, titul vysílajícího vedoucího zaměstnance:**Datum: Podpis: Razítko pracoviště: |
| **Posudkový závěr lékaře pracovnělékařských služeb** |
| **Posuzovaná osoba je ke shora uvedené pracovní činnosti:** [ ]  způsobilá[ ]  je zdravotně způsobilá s podmínkou: …………………………………………………………………………………….....................................[ ]  je zdravotně nezpůsobilá[ ]  pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost**Zdravotnické zařízení, jehož jménem posuzující lékař posudek vydal:** Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika pracovního lékařství, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, IČ: 0009 8892  Datum vydání posudku:……………….. .………………………………………………………………………………………………. jmenovka a podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení **Poučení:**  Podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal, nebo se může vzdát práva na přezkoumání lékařského posudku. Pokud poskytovatel návrhu na přezkoumání lékařského posudku nevyhoví v plném rozsahu, postoupí jej do 10 pracovních dnů ode dne jeho doručení, pokud se jedná o lékařský posudek o zdravotní způsobilosti, příslušnému správnímu orgánu. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, s výjimkou, je-li učiněn závěr, že je posuzovaná osoba k práci zdravotně způsobilá.Za zaměstnavatele lékařský posudek převzal dne: ………………… .…………….…..... jmenovka a podpisPosuzovaná osoba potvrzuje svým podpisem převzetí lékařského posudkuDne ………………… …………………………………………………… podpis posuzované osoby\*jde-li o cizince, místo pobytu na území ČR |

Příloha 1a

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK**

**O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁCI**

Evidenční označení:

|  |
| --- |
| **Žádost o provedení pracovnělékařské prohlídky a posouzení zdravotní způsobilosti k práci** |
| **Jméno a příjmení posuzované osoby:** | **Datumnarození:** |
| **Adresa místa trvalého pobytu:\*** |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Křižkovského 8, 771 47 Olomouc, IČO: 61989592** |
| **Pracoviště:** | **Velikost úvazku:** |
| **Pracovní zařazení posuzované osoby a druh práce:** |
| **Režim práce: jednosměnný** |
|  |  |  |  |  |
| **Druh požadované pracovnělékařské prohlídky** (vyznačte [x]  příslušnou položku): |
| [ ]  vstupní [ ]  periodická [ ]  mimořádná  |
| **Důvod k provedení prohlídky** (vyznačte [x]  příslušné položky důvodu):[ ]  přijetí do pracovního poměru[ ]  končí platnost předchozího posudku; uveďte datum ukončení platnosti předchozího posudku: ………………………………………..[ ]  převedení zaměstnance na jinou práci (§ 10 odst. 2 vyhl. č. 79/2013 Sb.)Výkon práce nebo činnosti s rizikem ohrožení zdraví (§ 11 odst. 3 vyhl. č. 79/2013 Sb.)* [ ]  činnost epidemiologicky závažná (§ 19 zák. č. 258/2000 Sb.)
* [ ]  obsluha a řízení motorového vysokozdvižného vozíku

 - [ ]  řidič referent* [ ]  obsluha tlakových nádob /parní sterilizátory (ČSN 690012); lahve, sudy, kontejnery (ČSN 07 8304)
* [ ]  noční práce

[ ]  výkon činnosti radiačního pracovníka (§ 47 odst. 12 zák. č. 18/1997 Sb.)[ ]  dohoda o pracích konaných mimo pracovní poměr (§ 11 odst. 5 vyhl. č. 79/2013 Sb.)[ ]  důvodný předpoklad ztráty nebo změny zdravotní způsobilosti k práci nebo zvýšení míry rizika dříve zohledněného rizikového faktoru pracovních podmínek (§ 12 vyhl. č. 79/2013 Sb.)[ ]  riziková práce tj. práce zařazená do kategorie 2R, 3 nebo 4 (§ 39 zák. č. 258/2000 Sb.)[ ]  práce se zvířaty |
| **Faktory pracovních podmínek a jejich míra** (zaškrtněte [x]  míru rizika u jednotlivých faktorů dle kategorizace prací) |
|  | **1** | **2** | **2R** | **3** | **4** |  | **1** | **2** | **2R** | **3** | **4** |
| Hluk |  |  |  |  |  | Látky s větou H360/H360F/H360FD/H360D |  |  |  |  |  |
| Cytostatika |  |  |  |  |  | Látky s větou H350i |  |  |  |  |  |
| Fyzická zátěž |  |  |  |  |  | Látky s větou H330/H310/H300 |  |  |  |  |  |
| Mycobacterium tuberculosis |  |  |  |  |  | Látky s větou H370 |  |  |  |  |  |
| Virové hepatitidy B |  |  |  |  |  | Látky s větou H334/H317 |  |  |  |  |  |
| Neionizující záření, lasery a UV záření |  |  |  |  |  | Vibrace přenášené na ruce |  |  |  |  |  |
| Fenol |  |  |  |  |  | Biologičtí činitelé |  |  |  |  |  |
| Pracovní poloha |  |  |  |  |  |  | **ANO** | **NE** |
| Látky s větou H350 |  |  |  |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat. A |  |  |
| Látka s větou H340 |  |  |  |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat. B |  |  |
| **Výsledná kategorie práce:** |
| **Jméno a příjmení, titul vysílajícího vedoucího zaměstnance:**Datum: Podpis: Razítko pracoviště: |
| **Posudkový závěr lékaře pracovnělékařských služeb** |
| **Posuzovaná osoba je ke shora uvedené pracovní činnosti:** [ ]  způsobilá[ ]  je zdravotně způsobilá s podmínkou: …………………………………………………………………………………….....................................[ ]  je zdravotně nezpůsobilá[ ]  pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost**Zdravotnické zařízení, jehož jménem posuzující lékař posudek vydal:** Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika pracovního lékařství, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, IČ: 0009 8892 Datum vydání posudku:……………….. .………………………………………………………………………………………………. jmenovka a podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení **Poučení:**  Podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., má-li posuzovaná osoba nebo osoba, které uplatněním lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, za to, že lékařský posudek je nesprávný, může do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání podat návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který posudek vydal, nebo se může vzdát práva na přezkoumání lékařského posudku. Pokud poskytovatel návrhu na přezkoumání lékařského posudku nevyhoví v plném rozsahu, postoupí jej do 10 pracovních dnů ode dne jeho doručení, pokud se jedná o lékařský posudek o zdravotní způsobilosti, příslušnému správnímu orgánu. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, s výjimkou, je-li učiněn závěr, že je posuzovaná osoba k práci zdravotně způsobilá.Za zaměstnavatele lékařský posudek převzal dne: ………………… .…………….…..... jmenovka a podpisPosuzovaná osoba potvrzuje svým podpisem převzetí lékařského posudkuDne ………………… ………………………………………………….. podpis posuzované osoby**\* jde-li o cizince, místo pobytu na území ČR** |

|  |  |
| --- | --- |
| Příloha 2 **POTVRZENÍ****O PROVEDENÍ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY** |  |

|  |
| --- |
| **Žádost o provedení výstupní lékařské prohlídky podle § 13 vyhlášky č. 79/2013 Sb.**  |
| **Jméno a příjmení posuzované osoby:** |  | **Datumnarození:** |
| **Adresa místa trvalého pobytu:\*** |  |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Křižkovského 8, 771 47 Olomouc, IČ: 61989592** |
| **Pracoviště:** |
| **Pracovní zařazení posuzované osoby a druh práce:** |
| **Režim práce :** [ ]  jednosměnný[ ]  dvousměnný [ ]  třísměnný [ ]  nepřetržitý [ ]  práce v noci |
|  |  |  |  |  |
| **Faktory pracovních podmínek a jejich míra** (zaškrtněte [x]  míru rizika u jednotlivých faktorů dle kategorizace prací) |
|  | **1** | **2** | **2R** | **3** | **4** |  | **1** | **2** | **2R** | **3** | **4** |
| Hluk |  |  |  |  |  | Látka s větou H317 |  |  |  |  |  |
| Pracovní poloha |  |  |  |  |  | Zátěž teplem |  |  |  |  |  |
| Celková fyzická zátěž |  |  |  |  |  | Formaldehyd |  |  |  |  |  |
| Biologičtí činitelé |  |  |  |  |  | Vibrace přenášené na ruce |  |  |  |  |  |
| Neionizující záření, lasery, UV záření |  |  |  |  |  | Svářečské dýmy |  |  |  |  |  |
| Oxid uhelnatý |  |  |  |  |  | Prach dřevin |  |  |  |  |  |
| Prach polymerních materiálů |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Výsledná kategorie práce: |
| Jméno a příjmení vysílajícího vedoucího zaměstnance: Datum: Podpis: Razítko vysílajícího pracoviště: |  |  |  |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat.B |  |  |
| **Potvrzení lékaře pracovnělékařských služeb:** |
| **Lékař pracovnělékařských služeb potvrzuje, že shora uvedená osoba absolvovala výstupní prohlídku** **v souladu s vyhláškou č. 79/2013 Sb., v platném znění, dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Zdravotnické zařízení, jehož jménem lékař potvrzení vydal:**Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika pracovního lékařství, I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc, IČ 00098892Datum vydání potvrzení: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .jmenovka a podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení**\*** jde-li o cizince, místo pobytu na území ČR |

|  |  |
| --- | --- |
| Příloha 2a **POTVRZENÍ****O PROVEDENÍ LÉKAŘSKÉ PROHLÍDKY**  |  |

|  |
| --- |
| **Žádost o provedení výstupní lékařské prohlídky podle § 13 vyhlášky č. 79/2013 Sb.** |
| **Jméno a příjmení posuzované osoby:** |  | **Datumnarození:** |
| **Adresa místa trvalého pobytu:\*\*** |  |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Křižkovského 8, 771 47 Olomouc, IČO: 61989592** |
| **Pracoviště:** |
| **Pracovní zařazení posuzované osoby a druh práce:** |
| **Režim práce** (vyznačte [x]  příslušnou položku): |
| [ ]  jednosměnný |  |  |  |  |
|  | 1 | **2** | **2R** | **3** | **4** | **Exp.\*** |  | 1 | **2** | **2R** | **3** | **4** | **Exp.\*** |
| Hluk |  |  |  |  |  |  | Látky s větou H330/H310/H300 |  |  |  |  |  |  |
| Cytostatika |  |  |  |  |  |  | Látky s větou H360/H360F/H360FD/H360D |  |  |  |  |  |  |
| Fyzická zátěž |  |  |  |  |  |  | Látky s větou H370 |  |  |  |  |  |  |
| Biologičtí činitelé |  |  |  |  |  |  | Látky s větou H334/H317 |  |  |  |  |  |  |
| Neionizující záření, lasery, UV záření |  |  |  |  |  |  | Virové hepatitidy B |  |  |  |  |  |  |
| Látky s větou H350i |  |  |  |  |  |  | Vibrace přenášené na ruce |  |  |  |  |  |  |
| Mycobacterium tuberculosis |  |  |  |  |  |  | Fenol |  |  |  |  |  |  |
| Pracovní poloha |  |  |  |  |  |  |  | **ANO** | **NE** |
| Látky s větou H350 |  |  |  |  |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat.A |  |  |
| Látka s větou H340 |  |  |  |  |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat.B |  |  |
| Výsledná kategorie práce: |
| Jméno a příjmení vysílajícího vedoucího zaměstnance:Datum: Podpis: Razítko vysílajícího pracoviště: |
| **Potvrzení lékaře pracovnělékařských služeb** |
| **Lékař pracovnělékařské služby potvrzuje, že shora uvedená posuzovaná osoba absolvovala výstupní prohlídku** **v souladu s vyhláškou č. 79/2013 Sb., v platném znění, dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Zdravotnické zařízení, jehož jménem lékař potvrzení vydal:**Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika pracovního lékařství, I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc, IČ: 00098892Poučení: Po ukončení pracovněprávního vztahu se provádějí následné prohlídky u osob:- které byly exponovány v riziku cytostatik po nejméně 5leté expozici 1 x za 2 roky,- které pracovaly jako radiační pracovníci kategorie A, pokud u nich byly zjištěny kožní změny nebo oční zákaly, nebo u nichž bylo  během práce zjištěno významné překročení přípustných dávek na oční čočku nebo na kůži, popřípadě na kostní dřeň, zaměřené na možná poškození uvedených orgánů  1 x za 1-2 roky od skončení expozice,- které pracovaly v riziku tuberkulózy za 6-12 měsíců po ukončení rizikové práce (rtg hrudníku).Následné prohlídky provádí Klinika pracovního lékařství Fakultní nemocnice Olomouc, I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc. Objednejte se prosím na ambulanci kliniky na telefonním čísle: 588 443 529 nebo 585 853 529.Poznámka:\* U rizikových faktorů chemické látky včetně cytostatik, prach s fibrogenním účinkem a tuberkulóza v rizikové kategorii 2R, 3 a 4 uveďte dobu expozice rizikovému faktoru v letech.Datum vydání potvrzení: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . jmenovka a podpis lékaře, razítko zdravotnického zařízení**\*\*** jde-li o cizince, místo pobytu na území ČR |