

2023

INFORME BÀSIC SOBRE L'ESTAT DE SALUT

Data i lloc:

NOM I COGNOMS:

Document d'Identitat:

Plaça a ocupar:

Email: (Fins a disposar del corporatiu):

Pel moment pandèmic que ens trobem de la COVID-19, aquestes són les dades bàsiques de salut que ens has d'aportar per facilitar el procés d'ingrés. A banda de les dades d'immunitat, omple el qüestionari de salut i ens ho lliures juntament amb el document de protecció de dades degudament signat.

DADES IMMUNITZACIONS (Si pots, aporta fotocòpia del carnet de vacunal)

- **COVID-19 (Si pots aporta certificat)**
 - 1era dosi
 - 2ona dosi
 - 3era dosi
- **Tètanus**
Nº de dosi (dd/mm/aa):
- **Diftèria**

Nº de dosi (dd/mm/aa):
- **Tosferina** (Indispensable pel candidat/a per treballarà en àrea pediàtrica i obstetrícia)

Nº de dosi(dd/mm/aa):
- **Rubèola, Xarampió, Galteres**
 - **1era dosi** (dd/mm/aa):
 - **2ona dosi** (dd/mm/aa):
 - **Has patit alguna d'elles**

 Si No

En cas afirmatiu especifica:

- **Polio** (vacunat/da quatre cops a la infantesa)
 - **Darrera dosi**(dd/mm/aa):

- **Hepatitis A**

- 1era dosi (dd/mm/aa):
- 2ona dosi (dd/mm/aa):
- 3a dosi (dd/mm/aa):

Combinada amb vacuna Hepatitis B?

Si No

- **Hepatitis B**

- 1era dosi (dd/mm/aa):
- 2ona dosi (dd/mm/aa):
- 3a dosi (dd/mm/aa):
- AntiHBs (dd/mm/aa)(Títols):

- **Varicel·la:**

- 1era dosi (dd/mm/aa):
- 2ona dosi (dd/mm/aa):

L'has patit?

Si No

En cas afirmatiu especifica:

- **Mantoux (Prova tuberculina) o Quantiferó: (Especificar)**

- Resultat:
 - (dd/mm/aa):
- Estudi radiològic:
 - (dd/mm/aa):
- BCG:

Només en el cas de realitzar actual o en el futur procediments de risc: (Aquesta prova es podrà realitzar després de la valoració del Servei de Prevenció de Riscos Laborals, a l'examen de salut)

- **VHC**

- Resultat:
 - (dd/mm/aa):

- **VIH**

- Resultat:
 - (dd/mm/aa):

Qüestionari bàsic de salut:

Has treballat anteriorment?:

Sí No

En cas afirmatiu, en quins treballs:

Àmbit sanitari

.....

.....

.....

Has patit algun accident/s de treball:

Sí No

Quins? (Detalla i explica si han deixat seqüela)

1.

.....
.....

2.

.....
.....

3.

.....
.....

4.

.....
.....

5.

.....
.....

HAS TREBALLAT EN ALGUN MOMENT ATENENT A PACIENTS COVID-19

Si No

SAPS SI HAS PATIT LA MALALTIA DE LA COVID-19?

Si No

EN CAS AFIRMATIU EL DIAGNOSTIC HA ESTAT PER:

PCR/TAR

▪ (dd/mm/aa):

Serologia IgG

▪ (dd/mm/aa):

HAS PATIT ALGUNA REINFECCIÓ PER SARS CoV-2?

Si No

EN CAS AFIRMATIU INDICA LES DATES:

ALTRES PROBLEMES DE SALUT:

NO vull contestar aquest apartat fins el dia de la visita a Salut Laboral

Si, contestaré

1. Al·lèrgies conegudes (Especifica)

2. Dermatitis (Tipus, i estat actual)

3. Malalties cròniques (Especifica)

4. Intervencions quirúrgiques/Fractures

5. Alguna discapacitat (En cas afirmatiu, especifica quina és i si tens reconegut algun grau de discapacitat)

6. Medicació habitual i dosificació

7. Algun problema de Salut Mental (En cas afirmatiu, especifica)

8. Alguna afició, alguna activitat esportiva o social d'interès?

9. Vols fer alguna aportació més?