DOSH医疗评估问卷

来自WAC 296-842-22005

说明

雇主：

* 本问卷符合WAC 296-842-14005的规定。
* 您必须告诉您的员工如何向您选定的医疗保健服务提供者递送或发送填写好的问卷。
* 您**不得**查阅员工的问卷。

医疗保健服务提供者：

* 查阅本问卷中的信息以及雇主提供给您的任何额外信息。
* 您可以自行决定在本问卷中添加问题：但是，第1-3部分中的问题不得删除或进行实质性修改。
* 对第2部分中问题1-8或第3部分中问题1-6的任何正面回答都需要进行后续评估。这可能包括：进行电话咨询以评估正面回答、医学测试和诊断程序。
* 完成评估后，请将您的书面建议的副本发给雇主和员工。

员工：

* 您的雇主必须允许您在正常工作时间或您方便的时间和地点回答此问卷。
* 您的雇主或主管在任何时候都不得查看或审阅您的答案。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第1部分 - 员工背景信息** |  |  |  |
| **所有员工都必须完成此部分** |  |  |  |
| **请工整填写** |  |  |  |
| 1. 今天的日期： |  |  |  |
| 2. 您的姓名： |  |  |  |
| 3. 您的年龄（截至最近一年）： |  |  |  |
| 4. 性别（圈选一项）：男/女 |  |  |  |
| 5. 您的身高： 英尺 英寸 |  |  |  |
| 6. 您的体重： 磅 |  |  |  |
| 7. 您的职位： |  |  |  |
| 8. 审查此问卷的医疗保健专业人员可以联系到您的电话号码（包括区号）： | | | |
| 9. 拨打此号码与您联系的最佳时间： |  |  |  |
| 10. 您的雇主是否告诉过您如何联系将审阅这份问卷的医疗保健专业人员？ | 是 | / | 否 |
| 11. 勾选您将使用的呼吸器类型： |  |  |  |
| a. N、R或P过滤式呼吸器（例如，防尘口罩**或**N95过滤式呼吸器）。 | | | |
| b. 勾选所有适用选项。 |  |  |  |
| 半面罩 全面罩 头盔罩 逃生面罩 |  |  |  |
| 非电动筒或罐 电动空气净化筒式呼吸器(PAPR) |  |  |  |
| 送风或风管 |  |  |  |
| 自给式呼吸器(SCBA)： 需求或 压力需求 |  |  |  |
| 其他： |  |  |  |
| 12. 您之前是否戴过呼吸器？ | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，请描述类型： |  |  |  |
| **第2部分 - 一般健康信息** |  |  |  |
| **所有员工都必须完成此部分** |  |  |  |
| **请圈选“是”或“否”** |  |  |  |
| 1. 您*当前*是否吸烟，或是上个月吸过烟？ | 是 | / | 否 |
| 2. 您是否*曾有过*以下任何症状？ |  |  |  |
| a. 癫痫（发作）： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| b. 糖尿病： | 是 | / | 否 |
| c. 影响呼吸的过敏反应： | 是 | / | 否 |
| d. 幽闭恐惧症（害怕封闭的地方）： | 是 | / | 否 |
| e. 嗅觉问题： | 是 | / | 否 |
| 3. 您是否*曾有过*以下任何肺部问题？ |  |  |  |
| a. 石棉肺： | 是 | / | 否 |
| b. 哮喘： | 是 | / | 否 |
| c. 慢性支气管炎： | 是 | / | 否 |
| d. 肺气肿： | 是 | / | 否 |
| e. 肺炎： | 是 | / | 否 |
| f. 肺结核： | 是 | / | 否 |
| g. 矽肺： | 是 | / | 否 |
| h. 气胸（肺塌陷）： | 是 | / | 否 |
| i. 肺癌： | 是 | / | 否 |
| j. 肋骨断裂： | 是 | / | 否 |
| k. 任何胸部受伤或手术： | 是 | / | 否 |
| l. 任何其他曾被告知的肺部问题： | 是 | / | 否 |
| 4. 您*当前*是否存在下列肺部疾病的症状？ |  |  |  |
| a. 呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| b. 在平地上快走或爬小山或爬斜坡时呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| c. 与其他人在平地上以普通速度行走时呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| d. 在地面上以自己的速度行走时，必须停下来喘口气： | 是 | / | 否 |
| e. 洗衣服或穿衣服时呼吸急促： | 是 | / | 否 |
| f. 呼吸急促以致影响工作： | 是 | / | 否 |
| g. 咳痰（痰浓）： | 是 | / | 否 |
| h. 清晨咳醒： | 是 | / | 否 |
| i. 咳嗽大多发生在躺下： | 是 | / | 否 |
| j. 上个月咳血： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| k. 气喘： | 是 | / | 否 |
| l. 气喘以致影响工作： | 是 | / | 否 |
| m. 深呼吸时胸痛： | 是 | / | 否 |
| n. 任何其他您认为可能与肺部疾病有关的症状： | 是 | / | 否 |
| 5. 您是否*曾有过*以下任何心血管或心脏问题？ | 是 | / | 否 |
| a. 心脏病发作： | 是 | / | 否 |
| b. 中风： | 是 | / | 否 |
| c. 心绞痛： | 是 | / | 否 |
| d. 心力衰竭： | 是 | / | 否 |
| e. 腿脚肿胀（非走路引起）： | 是 | / | 否 |
| f. 心律失常（心跳不规则）： | 是 | / | 否 |
| g. 高血压： | 是 | / | 否 |
| h. 任何其他曾被告知的心脏问题： | 是 | / | 否 |
| 6. 您是否*曾有过*以下任何心血管或心脏症状？ |  |  |  |
| a. 胸部经常痛或闷： | 是 | / | 否 |
| b. 锻炼时胸部痛或闷： | 是 | / | 否 |
| c. 胸部痛或闷以致影响工作： | 是 | / | 否 |
| d. 过去的2年里，您是否曾注意到您出现过心跳暂停： | 是 | / | 否 |
| e. 与进食无关的胃灼热或消化不良： | 是 | / | 否 |
| f. 任何其他您认为可能与心脏或血液循环问题有关的症状： | 是 | / | 否 |
| 7. 您*当前*是否因以下任何问题而服用药物？ | 是 | / | 否 |
| a. 呼吸或肺部问题： | 是 | / | 否 |
| b. 心脏问题： | 是 | / | 否 |
| c. 血压： | 是 | / | 否 |
| d. 癫痫（发作）： | 是 | / | 否 |
| 8. 如果您曾用过呼吸器，是否*曾出现过*以下任何问题？（如果您从未用过呼吸器，选择以下空格并转到问题9：） |  |  |  |
| a. 眼睛刺激： | 是 | / | 否 |
| b. 皮肤过敏或皮疹： | 是 | / | 否 |
| c. 焦虑： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| d. 全身虚弱或疲劳： | 是 | / | 否 |
| e. 任何其他影响您使用呼吸器的问题？ | 是 | / | 否 |
| 9. 您是否愿意和将审查您问卷答案的医疗保健专业人员谈一谈？ | 是 | / | 否 |
| **第3部分 - 对全罩式呼吸器或SCBA使用者的其他问题** |  |  |  |
| **请圈选“是”或“否”** |  |  |  |
| 1. 您的任何一只眼是否*曾失明*（暂时或永久）？ | 是 | / | 否 |
| 2. 您*当前*是否有以下任何视力问题？ |  |  |  |
| a. 需要佩戴隐形眼镜： | 是 | / | 否 |
| b. 需要佩戴眼镜： | 是 | / | 否 |
| c. 色盲： | 是 | / | 否 |
| d. 任何其他眼睛或视力问题： | 是 | / | 否 |
| 3. 您的耳朵是否*曾受过伤*，包括耳鼓破了？ | 是 | / | 否 |
| 4. 您*当前*是否有以下任何听力问题？ |  |  |  |
| a. 听力困难： | 是 | / | 否 |
| b. 需要佩戴助听器： | 是 | / | 否 |
| c. 任何其他听力或耳朵问题： | 是 | / | 否 |
| 5. 您的背部是否*曾受过伤*？ | 是 | / | 否 |
| 6. 您*当前*是否有下列肌肉骨骼问题？ |  |  |  |
| a. 手臂、手、腿或脚虚弱： | 是 | / | 否 |
| b. 背痛： | 是 | / | 否 |
| c. 难以完全移动手臂和腿： | 是 | / | 否 |
| d. 腰部前后倾时疼痛或僵硬： | 是 | / | 否 |
| e. 难以完全上下移动头部： | 是 | / | 否 |
| f. 难以完全左右移动头部： | 是 | / | 否 |
| g. 难以弯曲膝盖： | 是 | / | 否 |
| h. 难以蹲地： | 是 | / | 否 |
| i. 负重超过25磅爬一段楼梯或梯子： | 是 | / | 否 |
| j. 任何其他影响您使用呼吸器的肌肉骨骼问题： | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **第4部分 - 自由回答的问题** |  |  |  |
| **仅当您雇主的医疗保健服务提供者表示必要时，才需要回答此部分中的问题** | | | |
| 1. 在您当前的工作中，您是否在高海拔（超过5,000英尺）或氧气含量低于正常水平的地方工作？ | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，您在这些情况下工作时是否有头晕、气短、胸闷或其他症状： | 是 | / | 否 |
| 2. 您是否曾（在工作或家中）接触过有害溶剂、有害空气中的化学物质（如气体、烟雾或灰尘），**或者**您是否曾接触过危险化学品？ | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，请说出化学物质（如果知道它们）： |  |  |  |
| 3. 您是否曾用过下列任何工作材料或经历过下列任何工况： | | | |
| a. 石棉？ | 是 | / | 否 |
| b. 二氧化硅（例如，在喷砂中）？ | 是 | / | 否 |
| c. 钨/钴（例如，研磨或焊接这种材料）？ | 是 | / | 否 |
| d. 铍？ | 是 | / | 否 |
| e. 铝？ | 是 | / | 否 |
| f. 煤（例如，采矿）？ | 是 | / | 否 |
| g. 铁？ | 是 | / | 否 |
| h. 锡？ | 是 | / | 否 |
| i. 多尘环境？ | 是 | / | 否 |
| j. 任何其他危险暴露？ | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，请描述这些暴露： |  |  |  |
| 4. 列出您的第二份工作或副业： |  |  |  |
| 5. 列出您以前的职业： |  |  |  |
| 6. 列出您当前和以前的爱好： |  |  |  |
| 7. 您是否曾在军队服役？ | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，您是否接触过生物或化学制剂（训练或战斗中）？ | 是 | / | 否 |
| 8. 您是否曾在HAZMAT小组工作过？ | 是 | / | 否 |
| 9. 除了本问卷前面提到的用于呼吸和肺部问题、心脏病、血压和癫痫发作的药物，您是否出于任何原因服用其他药物（包括非处方药）？ | 是 | / | 否 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 如果“是”，请说出药物（如果知道它们）： |  |  |  |
| 10. 您是否会在呼吸器上使用以下任何物品？ |  |  |  |
| a. HEPA过滤器： | 是 | / | 否 |
| b. 罐（例如，防毒面具）： | 是 | / | 否 |
| c. 筒： | 是 | / | 否 |
| 11. 您预计多久使用一次呼吸器？ |  |  |  |
| a. 仅用于逃生（非救援）： | 是 | / | 否 |
| b. 仅用于紧急救援： | 是 | / | 否 |
| c. *每周*不到5小时： | 是 | / | 否 |
| d. *每天*不到2小时： | 是 | / | 否 |
| e. 每天2至4小时： | 是 | / | 否 |
| f. 每天超过4小时： |  |  |  |
| 12. 在您使用呼吸器期间，您的工作是否是： |  |  |  |
| a. *轻体力*（每小时不到200千卡）： | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，平均轮班期间这段时间持续多久：  小时 分钟 |  |  |  |
| 轻体力劳动的例子包括：坐着写字、打字、绘图或进行轻装配工作；或者站着操作钻床（1-3磅）或控制机器。 | | | |
| b. *中度体力*（每小时200到350千卡）： | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，平均轮班期间这段时间持续多久：  小时 分钟 |  |  |  |
| 中度体力劳动的例子包括：坐着钉钉子或锉锉；在城市道路上驾驶卡车或公共汽车；站着钻孔、打钉、进行装配工作或搬运中等重物（约35磅）；以2英里/小时的速度在水平面上行走或以3英里/小时的速度下5度的坡；或在水平面上推一辆载重约100磅的推车。 | | | |
| c. *重体力*（每小时超过350千卡）： | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，平均轮班期间这段时间持续多久：  小时 分钟 |  |  |  |
| 重体力劳动的例子包括：将约50磅的重物从地板提到腰部或肩部；在装卸平台上工作；铲土；站着砌砖或凿铸件；以每小时2英里的速度上8度的坡；负重约50磅爬楼梯。 | | | |
| 13. 当您使用呼吸器时，您是否会穿着防护服和/或防护装备（呼吸器除外）？ | 是 | / | 否 |
| 如果“是”，请描述这些防护服和/或防护装备： |  |  |  |
| 14. 您是否会在高热条件（温度高于77°F）下工作： | 是 | / | 否 |
| 15. 您是否会在高湿条件下工作： | 是 | / | 否 |

|  |
| --- |
| 16. 请描述您在使用呼吸器时要做的工作： |
| 17. 请描述您在使用呼吸器时可能遇到的任何特殊或危险状况（例如，密闭空间、危及生命的气体）： |
| 18. 请提供以下信息（如果知道），说明您在使用呼吸器时将接触到的各种有毒物质： |
| 第一种有毒物质的名称： |
| 估计每班最大暴露水平： |
| 每班暴露持续时间： |
| 第二种有毒物质的名称： |
| 估计每班最大暴露水平： |
| 每班暴露持续时间： |
| 第三种有毒物质的名称： |
| 估计每班最大暴露水平： |
| 每班暴露持续时间： |
| 您在使用呼吸器时可能接触到的任何其他有毒物质的名称： |
| 19. 请描述您在使用呼吸器时会承担的可能会影响他人安全和健康的任何特殊责任（例如，救援、安保）。 |

[法定依据：RCW 49. 17. 010、040、050和060。17-18-075（命令16-17），§296-842-22005，09/05/2017颁布，10/06/2017生效。法定依据：RCW 49. 17. 050。09-19-119（命令09-02），§296-842-22005，09/22/09颁布，12/01/09生效。法定依据：RCW 49. 17. 010、040、050和060。07-05-072（命令06-39），§296-842-22005，02/20/07颁布，04/01/07生效。法定依据：RCW 49. 17. 010、040、050和060。03-20-114（命令02-12），§296-842-22005，10/01/03颁布，01/01/04生效。]