Опросник DOSH по оценке состояния здоровья

На основании WAC 296-842-22005

Инструкции

Работодателям:

* Этот опросник удовлетворяет требованиям WAC 296-842-14005.
* Вы обязаны сказать своему работнику, как он/она может сдать или отправить заполненный опросник выбранному вами поставщику услуг.
* Вы **не** должны проверять опросники работников.

Поставщикам медицинских услуг:

* Проверьте информацию из этого опросника и любую дополнительную информацию, предоставленную вам работодателем.
* Вы можете добавлять вопросы в этот опросник по своему усмотрению, однако, вопросы в Части 1—3 нельзя удалять или подвергать существенному изменению.
* Необходимо провести повторную оценку при любых положительных ответах на вопросы 1—8 в Части 2 или на вопросы 1—6 в Части 3. Это может включать следующее: Телефонные консультации для оценки положительных ответов, медицинские тесты и диагностические процедуры.
* Когда вы закончите проведение оценки, отправьте копию вашей письменной рекомендации работодателю и работнику.

Сотрудникам:

* Ваш работодатель обязан разрешить вам заполнить этот опросник в ваше обычное рабочее время или в то время и в том месте, которые будут для вас удобными.
* Ваш работодатель или непосредственный начальник обязан не смотреть и не проверять ваши вопросы, на любом этапе заполнения и отправки опросника.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Часть 1 — Биографические данные работника** |  |  |  |
| **ВСЕ работники обязаны заполнить эту часть** |  |  |  |
| **Заполняйте печатными буквами** |  |  |  |
| 1. Сегодняшняя дата: |  |  |  |
| 2. Ваше имя и фамилия: |  |  |  |
| 3. Ваш возраст (округлите в большую или меньшую сторону до года) |  |  |  |
| 4. Пол (обведите один вариант) Мужской / Женский |  |  |  |
| 5. Ваш рост: футов. дюймов. |  |  |  |
| 6. Ваш вес: фунтов. |  |  |  |
| 7. Ваша должность: |  |  |  |
| 8. Номер телефона, по которому с вами может связаться специалист по медицинскому обслуживанию, который будет проверять этот опросник (включая код местности): | | | |
| 9. В какое время вам лучше всего звонить по этому номеру: |  |  |  |
| 10. Рассказал ли вам ваш работодатель о том, как вы можете связаться со специалистом по медицинскому обслуживанию, который будет проверять ваш опросник? | Да | / | Нет |
| 11. Отметьте тип респиратора (-ов), которым (-и) вы будете пользоваться: |  |  |  |
| a. Респиратор с лицевой маской стандарта N, R или P (например противопылевая маска **ИЛИ** фильтрующий респиратор с лицевой маской стандарта N95). | | | |
| b. Отметьте все, что применимо. |  |  |  |
| Полумаска Полнолицевая маска Шлем и капюшон Респиратор для эвакуации |  |  |  |
| Картридж или фильтрующая коробка без принудительной подачи воздуха  Фильтрующий респиратор с картриджем и принудительной подачей воздуха (Powered air-purifying cartridge respirator, PAPR) |  |  |  |
| Изолирующий респиратор с подачей воздуха (Supplied-air or Air-line) |  |  |  |
| Автономные дыхательные аппараты (SCBA): С подачей воздуха по потребности (Demand) или с избыточным давлением воздуха (Pressure demand) |  |  |  |
| Другое: |  |  |  |
| 12. Носили ли вы респиратор ранее? | Да | / | Нет |
| Если да, то опишите тип (-ы): |  |  |  |
| **Часть 2 — Общая информация о здоровье** |  |  |  |
| **ВСЕ работники обязаны заполнить эту часть** |  |  |  |
| **Обведите «Да» или «Нет»** |  |  |  |
| 1. Курите ли вы *в настоящее время* табак или курили табак в прошлом месяце? | Да | / | Нет |
| 2. Были ли у вас *когда-либо* следующие заболевания? |  |  |  |
| a. Судорожные приступы: | Да | / | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| b. Диабет (сахарный диабет): | Да | / | Нет |
| c. Аллергические реакции, осложняющие ваше дыхание: | Да | / | Нет |
| d. Клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства): | Да | / | Нет |
| e. Проблемы с восприятием запахов: | Да | / | Нет |
| 3. Были ли у вас *когда-либо* следующие легочные заболевания? |  |  |  |
| a. Асбестоз: | Да | / | Нет |
| b. Астма: | Да | / | Нет |
| c. Хронический бронхит: | Да | / | Нет |
| d. Эмфизема: | Да | / | Нет |
| e. Пневмония: | Да | / | Нет |
| f. Туберкулез: | Да | / | Нет |
| g. Силикоз: | Да | / | Нет |
| h. Пневмоторакс (коллапс легкого): | Да | / | Нет |
| i. Рак легкого: | Да | / | Нет |
| j. Перелом ребра: | Да | / | Нет |
| k. Любые травмы груди или перенесенные операции на груди: | Да | / | Нет |
| l. Любая другая проблема с легкими, о которой вам сообщали: | Да | / | Нет |
| 4. Имеются ли у вас в настоящее время любые из следующих симптомов легочных заболеваний? |  |  |  |
| a. Одышка: | Да | / | Нет |
| b. Одышка при быстрой ходьбе по ровной поверхности или при ходьбе вверх по пологому холму или приподнятой местности? | Да | / | Нет |
| c. Одышка при ходьбе с другими людьми на обычной скорости по ровной поверхности: | Да | / | Нет |
| d. Вам приходится останавливаться, чтоб передохнуть при ходьбе по ровной поверхности с обычной для вас скоростью: | Да | / | Нет |
| e. Одышка при купании или надевании одежды: | Да | / | Нет |
| f. Одышка, осложняющая исполнение ваших рабочих обязанностей: | Да | / | Нет |
| g. Кашель с отхаркиванием мокроты (густой слизи): | Да | / | Нет |
| h. Кашель, будящий вас рано утром: | Да | / | Нет |
| i. Кашель, который в основном происходит в положении лежа: | Да | / | Нет |
| j. Откашливание крови за последний месяц: | Да | / | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| k. Хрипы в легких: | Да | / | Нет |
| l. Хрипы в легких, осложняющие исполнение ваших рабочих обязанностей: | Да | / | Нет |
| m. Боль в груди при глубоком вдохе: | Да | / | Нет |
| n. Любые другие симптомы которые, по вашему мнению, могут быть связаны с проблемами с легкими: | Да | / | Нет |
| 5. Были ли у вас *когда-либо* следующие сердечно-сосудистые проблемы или проблемы с сердцем? | Да | / | Нет |
| a. Сердечный приступ: | Да | / | Нет |
| b. Инсульт: | Да | / | Нет |
| c. Ангина: | Да | / | Нет |
| d. Сердечная недостаточность: | Да | / | Нет |
| e. Отек ног или ступней (не в результате ходьбы): | Да | / | Нет |
| f. Аритмия сердца (нерегулярное сердцебиение): | Да | / | Нет |
| g. Повышенное кровяное давление: | Да | / | Нет |
| h. Любая другая проблема с сердцем, о которой вам сообщали: | Да | / | Нет |
| 6. Были ли у вас *когда-либо* следующие сердечно-сосудистые симптомы или симптомы, связанные с сердцем? |  |  |  |
| a. Частая боль или чувство стеснения в груди: | Да | / | Нет |
| b. Боль или чувство стеснения в груди при физической активности: | Да | / | Нет |
| c. Боль или чувство стеснения в груди, осложняющие выполнение ваших профессиональных обязанностей: | Да | / | Нет |
| d. Замечали ли вы за последние 2 года, что ваше сердце пропускает удары или ударов иногда не хватает: | Да | / | Нет |
| e. Изжога или нарушение пищеварения, не относящееся к приему пищи: | Да | / | Нет |
| f. Любые другие симптомы которые, по вашему мнению, могут быть связаны с проблемами сердца или кровообращения: | Да | / | Нет |
| 7. Принимаете ли вы *в текущее время* медикаменты для лечения любой из следующих проблем со здоровьем? | Да | / | Нет |
| a. Проблемы с дыханием или легкими: | Да | / | Нет |
| b. Проблемы с сердцем: | Да | / | Нет |
| c. Кровяное давление: | Да | / | Нет |
| d. Судорожные приступы: | Да | / | Нет |
| 8. Если вы пользовались респиратором, были ли у вас *когда-либо* любые из следующих проблем? (Если вы никогда не пользовались респиратором, отметьте соответствующее поле и перейдите к вопросу 9:) |  |  |  |
| a. Раздражение глаз | Да | / | Нет |
| b. Кожные аллергические реакции или высыпания: | Да | / | Нет |
| c. Тревожность: | Да | / | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| d. Общая слабость или утомляемость: | Да | / | Нет |
| e. Любая другая проблема, которая осложняла процесс использования вами респиратора? | Да | / | Нет |
| 9. Хотите ли вы обсудить ваши ответы со специалистом по медицинскому обслуживанию, который будет проверять ваш опросник? | Да | / | Нет |
| **Часть 3 — Дополнительные вопросы для пользователей полнолицевых респираторов или автономных дыхательных аппаратов (SCBA)** |  |  |  |
| **Обведите «Да» или «Нет»** |  |  |  |
| 1. *Теряли ли вы когда-либо* зрение на одном из глаз (временно или постоянно)? | Да | / | Нет |
| 2. Имеются ли у вас *в настоящее время* любые из следующих проблем со зрением? |  |  |  |
| a. Требуется ношение контактных линз: | Да | / | Нет |
| b. Требуется ношение очков: | Да | / | Нет |
| c. Цветовая слепота (дальтонизм): | Да | / | Нет |
| d. Любая другая проблема с глазами или зрением: | Да | / | Нет |
| 3. Получали ли вы *когда-либо* травму ушей, включая разрыв барабанной перепонки? | Да | / | Нет |
| 4. Имеются ли у вас *в настоящее время* любые из следующих проблем со слухом? |  |  |  |
| a. Трудности со слухом: | Да | / | Нет |
| b. Требуется ношение слухового аппарата: | Да | / | Нет |
| c. Любая другая проблема со слухом или здоровьем ушей: | Да | / | Нет |
| 5. Получали ли вы *когда-либо* травму спины? | Да | / | Нет |
| 6. Имеются ли у вас *в настоящее время* любые из следующих проблем с костно-мышечным аппаратом? |  |  |  |
| a. Слабость в любой из рук, ног, ладоней или ступней: | Да | / | Нет |
| b. Боль в спине: | Да | / | Нет |
| c. Сложность с полным движением рук и ног: | Да | / | Нет |
| d. Боль или стягивающее ощущение в пояснице при наклоне вперед или назад: | Да | / | Нет |
| e. Сложность с полным поднятием или опусканием головы: | Да | / | Нет |
| f. Сложность с полным поворотом головы из стороны в сторону: | Да | / | Нет |
| g. Сложность со сгибанием коленей: | Да | / | Нет |
| h. Сложность с полным приседанием до земли: | Да | / | Нет |
| i. Преодоление одного пролета ступеней или лестницы, неся на себе груз весом более 25 фунтов: | Да | / | Нет |
| j. Любая другая проблема с костями или мышцами, которая осложняет процесс использования вами респиратора: | Да | / | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Часть 4 — Вопросы, ответы на которые даются по усмотрению** |  |  |  |
| **Дайте ответы на вопросы в этой части ТОЛЬКО ЕСЛИ поставщик медицинских услуг вашего работодателя скажет, что отвечать на них обязательно** | | | |
| 1. Осуществляете ли вы на вашей текущей должности работу на больших высотах (более 5 000 футов) или в месте с пониженным содержанием кислорода в воздухе? | Да | / | Нет |
| Если да, испытываете ли вы головокружение, одышку, удары в груди или другие симптомы, при работе в таких условиях: | Да | / | Нет |
| 2. Подвергались ли вы когда-либо (на работе или дома) воздействию опасных растворителей, опасных переносимых по воздуху химикатов (газы, дымы или пыль) **ИЛИ** имел ли место контакт опасных химикатов с кожей? | Да | / | Нет |
| Если да, укажите химикаты, если они вам известны: |  |  |  |
| 3. Работали ли вы когда-либо с любыми перечисленными ниже материалами или при любых из перечисленных ниже условий? | | | |
| a. Асбест? | Да | / | Нет |
| b. Кремнезем (например, при пескоструйных работах)? | Да | / | Нет |
| c. Вольфрам/кобальт (например, при шлифовке или сварке этих материалов)? | Да | / | Нет |
| d. Бериллий? | Да | / | Нет |
| e. Алюминий? | Да | / | Нет |
| f. Уголь (например, добыча угля в шахте)? | Да | / | Нет |
| g. Железо? | Да | / | Нет |
| h. Олово? | Да | / | Нет |
| i. Запыленное окружение? | Да | / | Нет |
| j. Воздействие любых других опасных веществ? | Да | / | Нет |
| Если да, то опишите: |  |  |  |
| 4. Перечислите ваши все дополнительные места работы или собственные предприятия: |  |  |  |
| 5. Перечислите ваши прошлые профессии: |  |  |  |
| 6. Перечислите ваши текущие и прошлые хобби: |  |  |  |
| 7. Проходили ли вы службу в вооруженных силах? | Да | / | Нет |
| Если да, подвергались ли вы воздействию биологических или химических агентов (как при тренировке, так и в боевых условиях)? | Да | / | Нет |
| 8. Вы когда-либо работали в команде по работе с опасными веществами (HAZMAT)? | Да | / | Нет |
| 9. Помимо медикаментов для лечения проблем с дыханием и легкими, сердцем, кровяным давлением и лечения судорожных приступов, упомянутых ранее в этом опроснике, принимаете ли вы какие-либо другие медикаменты по любой причине (включая безрецептурные препараты)? | Да | / | Нет |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Если да, укажите медикаменты, если они вам известны: |  |  |  |
| 10. Будете ли вы использовать какие-либо из этих предметов вместе с вашим респиратором? |  |  |  |
| a. Высокоэффективные воздушные фильтры (HEPA): | Да | / | Нет |
| b. Поглотительные фильтрующие коробки (например, для противогазов): | Да | / | Нет |
| c. Картриджи: | Да | / | Нет |
| 11. Как часто вы будете использовать респиратор (-ы)? |  |  |  |
| a. Респираторы исключительно для эвакуации (escape-only) (не для спасательных работ) | Да | / | Нет |
| b. Только для аварийно-спасательных работ: | Да | / | Нет |
| c. Менее 5 часов *в неделю*: | Да | / | Нет |
| d. Менее 2 часов *в день*: | Да | / | Нет |
| e. От 2 до 4 часов в день: | Да | / | Нет |
| f. Свыше 4 часов в день: |  |  |  |
| 12. При работе в респираторе, является ли выполняемая вами работа: |  |  |  |
| a. *Легкой* (менее 200 ккал в час): | Да | / | Нет |
| Если да, то сколько длится этот период за вашу обычную смену:  ч. мин. |  |  |  |
| Примерами легкой работы является работа в положении сидя с написанием текста, печатанием, составлением набросков или выполнением легких задач по сборке, или работа со сверлильным станком стоя (1—3 фунта) или управление станками. | | | |
| b. *Умеренной* (от 200 до 350 ккал в час): | Да | / | Нет |
| Если да, то сколько длится этот период за вашу обычную смену:  ч. мин. |  |  |  |
| Примерами работы умеренной сложности является вбивание гвоздей или обработка деталей напильником в положении сидя, вождение грузовика или автобуса по городу, работа стоя со сверлением, вбиванием гвоздей, сборкой, или перенос умеренно тяжелого груза (около 35 фунтов) на уровень багажника, ходьба по горизонтальной поверхности со скоростью около 2 миль в час или вниз по поверхности с наклоном в 5 градусов на скорости около 3 миль в час, или перемещение тележки с тяжелым грузом (около 100 фунтов) по горизонтальной поверхности. | | | |
| c. *Тяжелой* (свыше 350 ккал в час): | Да | / | Нет |
| Если да, то сколько длится этот период за вашу обычную смену:  ч. мин. |  |  |  |
| Примерами тяжело работы являются подъем тяжелого груза (около 50 фунтов) от пола до уровня пояса или плеч, работа на погрузочной платформе, работа лопатой, укладка кирпичей или обработка зубилом литых деталей стоя, ходьба вверх по поверхности с наклоном 8 градусов со скоростью около 2 миль в час, подъем по лестнице с тяжелым грузом (около 50 фунтов). | | | |
| 13. Будете ли вы носить защитную одежду и/или снаряжение (помимо респиратора)  при использовании вами респиратора? | Да | / | Нет |
| Если да, то опишите защитную одежду или снаряжение: |  |  |  |
| 14. Будете ли вы работать в условиях высокой температуры (температура выше 77°F): | Да | / | Нет |
| 15. Будете ли вы работать в условиях повышенной влажности: | Да | / | Нет |

|  |
| --- |
| 16. Опишите работу, которую вы будете выполнять при использовании вами респиратора (-ов): |
| 17. Опишите любые особенные или опасные условия, с которыми вы можете столкнуться при использовании вами респиратора (-ов) (например, замкнутые пространства, угрожающие жизни газы): |
| 18. Предоставьте следующую информацию, если она вам известна, для каждого из токсических веществ, воздействию которых вы будете подвергаться при при использовании вами респиратора (-ов): |
| Название первого токсического вещества: |
| Ожидаемый максимальный уровень воздействия за смену: |
| Длительность воздействия за смену: |
| Название второго токсического вещества: |
| Ожидаемый максимальный уровень воздействия за смену: |
| Длительность воздействия за смену: |
| Название третьего токсического вещества: |
| Ожидаемый максимальный уровень воздействия за смену: |
| Длительность воздействия за смену: |
| Названия любых других токсических веществ, которым вы будете подвергаться при использовании вами респиратора: |
| 19. Опишите любые особые обязанности, которые вы будете исполнять при использовании респиратора (-ов) и которые могут повлиять на безопасность и благополучие других (например, в плане проведения спасательных работ или обеспечения безопасности). |

[Законодательные источники: RCW 49.17.010, .040, .050 и .060. 17-18-075 (Приказ 16-17), § 296-842-22005, зарегистрирован 09/05/2017, действует с 10/06/2017. Законодательные источники: RCW 49.17.050. 09-19-119 (Приказ 09-02), § 296-842-22005, зарегистрирован 09/22/09, действует с 12/01/09. Законодательные источники: RCW 49.17.010, .040, .050, and .060. 07-05-072 (Приказ 06-39), § 296-842-22005, зарегистрирован 02/20/07, действует с 04/01/07. Законодательные источники: RCW 49.17.010, .040, .050, and .060. 03-20-114 (Приказ 02-12), § 296-842-22005, зарегистрирован 10/01/03, действует с 01/01/04.]