



Barcode:

FORMULARZ ZGODY NA BADANIA ZAWODOWE

Niniejszym wyrażam zgodę dla Clarity Testing Services, Inc i jego upoważnionego personelu do wykonania:

Wybierz odpowiednie testy / Badanie krwi:

Badania Uprawniające do Używania Maski	()	Test Doboru Maski (Fit Test)	()
OSHA Pozoim Ołowiu w Krwi	()	Zdjęcie Rentgenowskie	()
Test krwi / CBC	()	Badanie Moczu UA	()
HEP C	()	EKG	()
HEP B	()	Inne _____	()
Poziom Rtęci	()	Inne _____	()

I przekazanie wszystkich wyników do mojego pracodawcy lub upoważnionego Zamawiającego i / lub przedstawiciela Związków. Rozumiem, że wyniki będą ujawnione bez mojej osobistej i / lub lekarskiej historii. Żadne inne ujawnienie wyników nie zostanie złożone bez mojego pisemnego upoważnienia, z wyjątkiem upoważnionego przedstawiciela Departmentu Pracy Stanu Niewy Jork i / lub Administracji Bezpieczeństwa I Higieny Pracy. To badanie nie pociąga za sobą żadnego szkolenia w zakresie ochrony sluchu ani stosowania ochrony sluchu.

Przeczytałem I zrozumiałem powyższa zgodę

Imię: (proszę pisać jasno) _____
Imię nazwisko

Ostatnie Cztery SSN: _____ Nazwa Firmy: _____

Zajmowane Stanowisko: _____ Imię Przełożonego: _____

Czy jesteś Członkiem Związku? TAK NIE Jeśli tak, to który związek: _____ Data urodzenia: ____/____/____
mm dd yyyy

Dzisiejsza Data: ____/____/____ Pleć: Mężczyzna Kobieta Wzrost: ____ ft. ____ in. Waga: ____ lbs.
mm dd yyyy

Tel. Komórkowy #: (____) ____ - ____ Email: _____

Adres: _____ Apt: _____

Miasto _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

PODPIS: _____



ZGODA NA BADANIA

1. Upoważniam firmę Clarity Testing i jej praktyków do oceny mojej zdolności do wykonywania obowiązków zgodnie z wymogiem mojego pracodawcy, związku lub innej zatwierdzonej osoby trzeciej ("Umawiająca się Strona"). Rozumiem, że taka osoba nie ustala relacji między lekarzem a pacjentem, a Clarity Testing lub którykolwiek z jej lekarzy, ani Clarity Testing nie przewiduje żadnego przeszłego leczenia lub usług, chyba że wymagam ponownego badania sprawnościowego dla celów zawodowych.
2. Rozumiem, że jedynym celem tego badania jest ocena mojej przydatności do pracy zawodowej, zgodnie z wymaganiami Umawiających się Stron.
3. Poprzez mój podpis poniżej, upoważniam do wysłania do Umawiającej się Strony raportu dotyczącego wyników testów Clarity Testing.
4. Rozumiem, że jeśli mam obawy dotyczące mojego zdrowia fizycznego lub dobrego samopoczucia, powinienem poprosić o kopie moich wyników badań i skontaktować się z moim lekarzem.
5. Rozumiem, że Clarity Testing nie będą ponosić odpowiedzialności za wyniki mojego egzaminu, ani w odniesieniu do jakichkolwiek informacji uzyskanych podczas badania, niezależnie od tego, czy informacje te są mi dostarczone lub nie. Nieodwołalnie zważam, zrzecę się i na zawsze odrzucę wszelkie roszczenia i przyczyny jakiegokolwiek rodzaju lub charakteru które mogły mieć, mogą teraz mieć, lub później byłyby w stanie stwierdzić (zgodnie z prawem, w kapitale własnym lub w inny sposób) przeciwko Clarity Testing za stwierdzenia podczas oceny mojej przydatności do pracy, włączając w to, ale nie ograniczając się do ujawnienia ustaleń Umawiającej się Stronie, a nie ujawnionych mi podczas badania.

Przyjmuję do wiadomości, że przeczytałem i w pełni rozumiem niniejszą zgodę i formularz badania. Wszelkie pytania dotyczące tego formularza zostały dostatecznie wyjaśnione.

Napisz Czytelnie Imię i Nazwisko: _____

Podpis: _____

Data: _____

Clarity Testing Representative: _____

Remarks: _____

Signature: _____ Date: _____

OSHA MEDICAL QUESTIONNAIRE (To Be Completed By Employee)

Imię I Nazwisko: _____

SS # XXX - XX - _____

(Poniższe informacje muszą być przekazane przez każdego pracownika, który będzie używał jakiegokolwiek rodzaju respiratora, Twój pracodawca musi pozwolić ci na odpowiedzi poniższego kwestionariusza podczas normalnych godzin pracy, lub w odpowiednim czasie i miejscu, na które jest wygodne dla ciebie. Dla zachowania poufności, pracodawca lub przełożony nie może podglądać lub sprawdzić twoje odpowiedzi.)

Czy twój pracodawca poinformował Cię, jak skontaktować się z pracownikiem służby zdrowia, który dokona przeglądu tego kwestionariusza (zakreśl): Tak Nie
Czy nosiłeś respirator (zakreśl): Tak Nie Jeśli "tak", jakie rodzaje: _____
Zaznacz rodzaj respiratora, który będziesz używać (można zaznaczyć więcej niż jedną kategorię):
 N, R lub P jednorazowego użytku (maska filtrująca, bez wkładu).
 Inny typ (na przykład pół-lub pełna maska, pełna maska z zasilaniem, respirator z dostarczaniem powietrzem, niezależny aparat do oddychania).

(Pytania 1 do 16 muszą być udzielone przez każdego pracownika, który będzie używał jakiegokolwiek rodzaju respiratora)

1. Czy obecnie palisz tytoń, czy ty paliłeś tytoń w ostatnim miesiącu:

Tak Nie

2. Czy kiedykolwiek miałeś / aś jakiegokolwiek poniższych problemów?

- Tak Nie a. Napady padaczkowe
 Tak Nie b. Cukrzyca (choroba cukru)
 Tak Nie c. Reakcje alergiczne, które ingerują w oddychanie
 Tak Nie d. Klaustrofobia (starch na miejsca zamknięte)
 Tak Nie e. Kłopoty z zapachami

3. Czy kiedykolwiek miałeś/aś jakiegokolwiek problemy z płucami?

- Tak Nie a. Azbestoza
 Tak Nie b. Astma
 Tak Nie c. Przewlekłe zapalenie oskrzeli
 Tak Nie d. Rozedma
 Tak Nie e. Zapalenie płuc
 Tak Nie f. Gruźlica
 Tak Nie g. Krzemica
 Tak Nie h. Pneumomora (odma płucna)
 Tak Nie i. Rak płuc
 Tak Nie j. Złamane żebra
 Tak Nie k. Urazy lub operacje klatki piersiowej
 Tak Nie l. Każdy inny problem płuc, o którym nie mówiono

4. Jeśli masz astmę:

- Tak Nie a. Czy bierzesz leki?
Jeśli tak, jak często go bierzesz? _____
b. Jak częste są twoje ataki? _____
 Tak Nie c. Czy kiedykolwiek byłeś hospitalizowany lub potrzebowałeś ER na astmę?

5. Czy obecnie występują u ciebie następujące objawy choroby układu oddechowego lub płuc?

- Tak Nie a. Duszność
 Tak Nie b. Krótki oddech, gdy chodzisz szybko na równym podłożu lub przechadzasz się po wzgórzu o lekkim rachyleniu
 Tak Nie c. Duszność podczas chodzenia z innymi ludźmi w zwykłym tempie na równym gruncie
 Tak Nie d. Musisz zatrzymać się do nabrania oddechu, chodząc własnym tempem na równym gruncie
 Tak Nie e. Duszność podczas mycia lub ubierania
 Tak Nie f. Duszność, która zakłóca twoją pracę
 Tak Nie g. Kaszel wytwarzający flegmem (gruba płwocina)
 Tak Nie h. Kaszel, który budzi cię wcześniej rano
 Tak Nie i. Kaszel, który występuje głównie podczas leżenia
 Tak Nie j. Kaszel z krwią w ostatnim miesiącu
 Tak Nie k. Świszczący oddech
 Tak Nie l. Wdechowe drgawki, które zakłócają Twoją pracę
 Tak Nie m. Ból w klatce piersiowej podczas głębokiego oddychania
 Tak Nie n. Inne objawy, które uważasz że są związane z problemami płuc

6. Czy kiedykolwiek miałeś / aś jakiegokolwiek problemy z układem sercowo-naczyniowym lub sercem?

- Tak Nie a. Atak serca
 Tak Nie b. Wylew
 Tak Nie c. Ból serca
 Tak Nie d. Niewydolność serca
 Tak Nie e. Obrzęk w nogach lub stopach (nie powodowany przez chodzenie)
 Tak Nie f. Arytmia serca (bicie serca nieregularnie)
 Tak Nie g. Wysokie ciśnienie krwi
 Tak Nie h. Każdy inny problem serca o którym nie mówiono

7. Czy kiedykolwiek miałeś jakiegokolwiek z następujących objawów układu sercowo-naczyniowego lub serca?

- Tak Nie a. Częste bóle lub ucisk w klatce piersiowej
 Tak Nie b. Ból lub ucisk w klatce piersiowej podczas ćwiczeń fizycznych
 Tak Nie c. Ból lub ucisk w klatce piersiowej, który ingeruje w twoją pracę
 Tak Nie d. W ciągu ostatnich dwóch lat zauważyłeś, że twoje serce pomija lub nie ma bicia
 Tak Nie e. Zgaga lub niestrawność, która nie jest związana z jedzeniem
 Tak Nie f. Inne objawy, które Twoim zdaniem mogą dotyczyć problemów serca lub układu krążenia

Imię I Nazwisko: _____

SS # XXX - XX - _____

<p>8. Czy obecnie przyjmujesz leki z jednym z poniższych problemów? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie a. Problemy z oddychaniem lub płucami <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b. Problemy z sercem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c. Ciśnienie krwi <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d. Napady padaczkow</p> <p>9. Jeśli używałeś respiratora, czy kiedykolwiek miałeś jakiegokolwiek z następujących problemów? (Jeśli nigdy nie używałeś repiratora, sprawdź ta część i przejdź do pytania 10) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie a. Podrażnienie oczu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b. Alergie skórne lub wysypka <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c. Niepokój <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d. Ogólne osłabienie lub zmęczenie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie e. Jakikolwiek inny problem, który, zakłóca użycie respiratora</p> <p>10. Czy chciałbyś porozmawiać z pracownikiem służby zdrowia, który przeanalizuje niniejszy kwestionariusz dotyczący odpowiedzi na ten kwestionariusz? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>11. Czy kiedykolwiek straciłeś wzrok w dowolnym oku (na chwilę lub na stałe)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>12. Czy obecnie masz jakieś problemy ze wzrokiem? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie a. Niesisz soczewki kontaktowe <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b. Niesisz okulary <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c. Czy jesteś daltonistą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d. Wszelkie inne problem z oczami lub wzrokiem</p> <p>13. Czy kiedykolwiek miałeś uraz uszu, włącznie z uszkodzonym bębenkiem? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>14. Czy obecnie masz jakieś problemy ze słuchem? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie a. Trudności w słyszeniu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b. Niesisz aparat słuchowy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c. Każdy inny problem ze słuchem lub uszami</p>	<p>15. Czy kiedykolwiek miałeś / aś kontuzje pleców? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>16. Czy obecnie występują następujące problemy z układem mięśniowo-szkieletowym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie a. Słabość w ramionach, dłoniach, nogach lub stopach <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie b. Ból pleców <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie c. Trudności w pełnym poruszaniu ramion I nóg <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie d. Ból lub sztywność w pasie, gdy pochylisz się do przodu lub do tyłu <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie e. Trudności w pełnym poruszaniu głową w górę lub w dół <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie f. Trudności w pełnym poruszaniu głową z boku na bok <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie g. Trudność w zginaniu kolan <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie h. Trudność przy kucaniu przy ziemi <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie i. Trudność wchodząc po schodach lub drabinie niosąc ponad 25 funtów <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie j. Jakikolwiek inny problem mięśni lub szkieletu, który zakłóca użycie respiratora</p>
---	--	--

Physician Review _____

MedTech Clarification / Review: _____

EMPLOYEE RESPIRATOR USE DETAIL			
To be completed by Employee. If not complete, employer representative should contact Clarity and provide information.			
Type (s) of respirator (s) to be worn:	Duration (Hours per day)	Frequency (Times per day)	Weight
<input type="checkbox"/> N95	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Half Face Negative Pressure Cartridge Respirator	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Full Face Negative Pressure Cartridge Respirator	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Powered Air Purifying Personal Respirator (PAPR)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Air Line (supplied air) Respirator	_____	_____	_____
Special considerations:			
<input type="checkbox"/> Extreme temperatures & humidity			
<input type="checkbox"/> Fully encapsulating suits			
<input type="checkbox"/> Confined spaces			
<input type="checkbox"/> <u>Ambient temperature may reach 120 ° F in hot weather. Fully encapsulating suit with airline may be required. These conditions must be tolerated for 1 hour.</u>			
<input type="checkbox"/> Expected physical effort: <input type="checkbox"/> light <input type="checkbox"/> moderate <input type="checkbox"/> heavy			
<input type="checkbox"/> Comments: _____			



Imię: _____	SS # XXX - XX - _____
Nazwa Firmy: _____	Dzisiejsza Data: ____/____/____

(Ta strona do wypełnienia przez personel medyczny)

MedTech Data (To be Completed by Med-Tech)

Height: _____ Weight _____

Blood Pressure: ____ / ____

Heart: ____ Rate ____ Regular ____ Irregular

Respiratory: ____ Rate ____ Clear ____ Wheezing

Other: _____

Med Tech Initials: _____

Physician Medical Certification (To be Completed by Physician)

___ OSHA Respiratory Questionnaire Reviewed

___ Pulmonary Function Test Reviewed

___ Vital Signs Evaluation Reviewed

Based upon the above clinical data, this employee is found to be:

___ Qualified to wear a Respirator under *CFR Part 1910.134*

___ In need of further medical information / follow up: _____

___ Not qualified to wear a Respirator _____

Physician Signature: _____ **DATE:** ____ / ____ / ____

Jeffrey Altholz, M.D.
NYS LIC #170767
Westchester Medical Care, PLLC
150 White Plains Rd
Tarrytown, NY 10591

RESPIRATOR FIT TEST

Imię: _____

SS # XXX -XX - _____

Nazwa Firmy: _____

Dzisiejsza Data: ____/____/____

(Ta strona do wypełnienia przez personel medyczny)

I. SENSITIVIY TEST:

Pass _____

Fail _____

II. FITTING

Qualitative: Bitrex

Half Face

Full Face

1. Qualitative Fit Check Procedures

a. Negative pressure check: Pass/Fail

b. Positive pressure check: Pass/Fail

2. Qualitative Fit Test:

a. Normal breathing

b. Deep breathing

c. Turn head from side-to-side

d. Nod head up and down

e. Rainbow Passage

f. Bend over and touch toes

g. Breathe normally

Minimum Fit Factor

100

1000

3. Overall Evaluation: Pass / Fail

4. Respirator approvals

Half face

Full-face

Manufacturer

Type

Size

Fit Factor

5. Activites requiring respirator _____

6. Issue card Yes/No Date _____

7. Date of medical examination _____

8. Approved with or without corrective lenses (circle one)

9. Training date (date of annual OSHA training) _____

III. SIZE CHECK: Performed for positive pressure respirator using a negative pressure face piece.

Negative pressure face piece must be same manufacturer as positive pressure face.

1. Quantitative: Portacount 2. Exercises (a-h above) Performed: Yes No

Pass / Fail _____ **Manufacturer** _____ **Size** _____

To be completed by Fit Test Technician:

Podpis: _____

Date: ____ / ____ / ____

Technician Name

Technician Signature