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:** | | | | | | | | | | **Datum narození:** | | | | | | |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Křižkovského 8, 77147 Olomouc, IČ: 61989592** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracovní zařazení posuzované osoby a druh práce:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Režim práce :**  jednosměnný dvousměnný  třísměnný  nepřetržitý  práce v noci | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | |
| **Druh požadované pracovnělékařské prohlídky** (vyznačte  příslušnou položku): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| vstupní  periodická  mimořádná | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Důvod k provedení prohlídky** (vyznačte  příslušné položky důvodu):  končí platnost 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.)  řízení motorového vozidla je sjednaným druhem práce v pracovní smlouvě   * obsluha tlakových nádob /parních sterilizátorů (ČSN 690012); práce s lahvemi, sudy, kontejnery (ČSN 07 8304) * noční práce (§ 94 z.262/2006Sb.)   dohoda o pracích konaných mimo pracovní poměr (§ 11 odst. 5 vyhl. č. 79/2013 Sb.)  zvýšení míry rizika dříve zohledněného rizikového faktoru pracovních podmínek (§ 12 vyhl. č. 79/2013 Sb.)  práce se zvířaty | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Faktory pracovních podmínek a jejich míra** (zaškrtněte  míru rizika u jednotlivých faktorů dle kategorizace prací) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **1** | **2** | **2R** | | **3** | **4** |  | | | **1** | | **2** | **2R** | **3** | **4** |
| Hluk | |  |  |  | |  |  | Látka s větou R43 nebo H317 | | |  | |  |  |  |  |
| Pracovní poloha | |  |  |  | |  |  | Zátěž teplem | | |  | |  |  |  |  |
| Celková fyzická zátěž | |  |  |  | |  |  | Formaldehyd | | |  | |  |  |  |  |
| Biologičtí činitelé | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| **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:** Proti tomuto posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb. návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který tento posudek vydal, a to ve lhůtě do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání. Návrh na přezkoumání se podává řediteli Fakultní nemocnice Olomouc, a to prostřednictvím Kliniky pracovního lékařství. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru  vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posouzena zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.  Za zaměstnavatele lékařský posudek převzal dne: ………………… .…………….….....  jmenovka a podpis Posuzovaná osoba potvrzuje svým podpisem převzetí lékařského posudku Dne ………………… ……………………………………………………  podpis posuzované osoby | | | | | | | | | | | | | | | | |

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:** | | | | | | | | | | **Datum narození:** | | | | | | | | |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Křižkovského 8, 77147 Olomouc, IČO: 61989592** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracovní zařazení posuzované osoby a druh práce:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Režim práce: jednosměnný** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | |
| **Druh požadované pracovnělékařské prohlídky** (vyznačte  příslušnou položku): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| vstupní  periodická  mimořádná | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Důvod k provedení prohlídky** (vyznačte  příslušné položky důvodu):  končí platnost 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.)   * obsluha tlakových nádob /parní sterilizátory (ČSN 690012); lahve, sudy, kontejnery (ČSN 07 8304)   dohoda o pracích konaných mimo pracovní poměr (§ 11 odst. 5 vyhl. č. 79/2013 Sb.)  zvýšení míry rizika dříve zohledněného rizikového faktoru pracovních podmínek (§ 12 vyhl.č. 79/2013 Sb.)  práce se zvířaty | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Faktory pracovních podmínek a jejich míra** (zaškrtněte  míru rizika u jednotlivých faktorů dle kategorizace prací) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **1** | **2** | **2R** | | **3** | **4** |  | | | **1** | | **2** | | **2R** | **3** | | **4** |
| Hluk | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 60 | | |  | |  | |  |  | |  |
| Cytostatika | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 49 | | |  | |  | |  |  | |  |
| Fyzická zátěž | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 26/27/28 | | |  | |  | |  |  | |  |
| Biologické činitele | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 61 | | |  | |  | |  |  | |  |
| Mycobacterium tuberculosis | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 39 | | |  | |  | |  |  | |  |
| Virové hepatitidy B | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 42 + R 43 | | |  | |  | |  |  | |  |
| Pracovní poloha | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | **ANO** | | | **NE** | |
| Látky s větou R 45 | |  |  |  | |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat.A | | | | | |  | | |  | |
| Látka s větou R 46 | |  |  |  | |  |  | 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:** Proti tomuto posudku je možno podat podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb. návrh na jeho přezkoumání poskytovateli, který tento posudek vydal, a to ve lhůtě do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání. Návrh na přezkoumání se podává řediteli Fakultní nemocnice Olomouc, a to prostřednictvím Kliniky pracovního lékařství. Návrh na přezkoumání nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru  vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posouzena zdravotně nezpůsobilá, zdravotně způsobilá s podmínkou nebo pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.  Za zaměstnavatele lékařský posudek převzal dne: ………………… .…………….….....  jmenovka a podpis Posuzovaná osoba potvrzuje svým podpisem převzetí lékařského posudku Dne ………………… …………………………………………………..  podpis posuzované osoby | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žádost o provedení výstupní/následné\* lékařské prohlídky podle § 13 vyhlášky č. 79/2013 Sb.**  ( \* nehodící se škrtněte) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jméno a příjmení  posuzované osoby:** |  | | | | | | | | | | **Datum narození:** | | | | | | |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, Křižkovského 8, 77147 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  míru rizika u jednotlivých faktorů dle kategorizace prací) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **1** | **2** | **2R** | | **3** | **4** |  | | | **1** | | **2** | **2R** | **3** | **4** |
| Hluk | | |  |  |  | |  |  | Látka s větou R43 nebo H317 | | |  | |  |  |  |  |
| Pracovní poloha | | |  |  |  | |  |  | Zátěž teplem | | |  | |  |  |  |  |
| Celková fyzická zátěž | | |  |  |  | |  |  | Formaldehyd | | |  | |  |  |  |  |
| Biologičtí činitelé | | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |
| 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 /následnou prohlídku v souladu s vyhláškou č. 79/2013 Sb.**  **Zdravotnické zařízení, jehož jménem lékař potvrzení vydal:**  Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika pracovního lékařství, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc,  IČ: 00098892  Datum vydání potvrzení: ………………….. . ……………………………………….  jmenovka a podpis lékaře, razítko  zdravotnického zařízení | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žádost o provedení výstupní/následné lékařské prohlídky podle § 13 vyhlášky č. 79/2013 Sb.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jméno a příjmení  posuzované osoby:** |  | | | | | | | | | | **Os. č.:** | | | **Datum narození:** | | | | | | |
| **Zaměstnavatel: Univerzita Palackého v Olomouci, Křižkovského 8, 77147 Olomouc, IČO: 61989592** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracoviště:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pracovní zařazení posuzované osoby a druh práce:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Režim práce** (vyznačte  příslušnou položku): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| jednosměnný | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | | |
| **Faktory pracovních podmínek a jejich míra** (zaškrtněte  míru rizika u jednotlivých faktorů dle kategorizace prací) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **1** | **2** | **2R** | | **3** | **4** | Látky s větou R 49 | | | **1** | | | **2** | | **2R** | **3** | | **4** |
| Hluk | | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 26/27/28 | | |  | | |  | |  |  | |  |
| Cytostatika | | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 61 | | |  | | |  | |  |  | |  |
| Fyzická zátěž | | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 39 | | |  | | |  | |  |  | |  |
| Biologické činitele | | |  |  |  | |  |  | Látky s větou R 42 + R 43 | | |  | | |  | |  |  | |  |
| Látka s větou R 60 | | |  |  |  | |  |  | Virové hepatitidy B | | |  | | |  | |  |  | |  |
| Mycobacterium tubecrulosis | | |  |  |  | |  |  | Fenol | | |  | | |  | |  |  | |  |
| Pracovní poloha | | |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | **ANO** | | | **NE** | |
| Látky s větou R 45 | | |  |  |  | |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat.A | | | | | | |  | | |  | |
| Látka s větou R 46 | | |  |  |  | |  |  | Výkon činnosti radiačního pracovníka kat.B | | | | | | |  | | |  | |
| 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 pracovnělékařské služby potvrzuje, že shora uvedená posuzovaná osoba absolvovala výstupní/následnou prohlídku v souladu s vyhláškou č. 79/2013 Sb.**  **Zdravotnické zařízení, jehož jménem lékař potvrzení vydal:**  Fakultní nemocnice Olomouc, Klinika pracovního lékařství, I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc,  IČ: 00098892  Datum vydání potvrzení: ………………….. ……………………………………….  jmenovka a podpis lékaře, razítko  zdravotnického zařízení | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |