

بسمه تعالی

بدینوسیله اینجانب دکتر پزشک عمومی / متخصص با شماره نظام پزشکی
 گواهی می نمایم : بررسی های پزشکی آقای / خانم در ارتباط با پرتوهای یونساز، بر اساس "
 دستورالعمل معاینه و آزمایش های پزشکی کارکنان در مراکز کار با پرتوهای یونساز و تاسیسات هسته ای" (با شماره شناسه INRA_ RP_ WI_ 100_ 00/30_ 3_ Far.1395) انجام گرفت. نتایج به شرح زیر می باشد:

معاینه بالینی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی آزمایش پزشکی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی بررسی های تکمیلی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	(۱) معاینه بالینی و آزمایش های پزشکی بدو استخدام <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک
معاینه بالینی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی آزمایش پزشکی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی بررسی های تکمیلی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	(۲) معاینه بالینی و آزمایش های پزشکی دوره ای <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک
معاینه بالینی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی آزمایش پزشکی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی بررسی های تکمیلی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	(۳) معاینه بالینی و آزمایش های پزشکی در پرتوگیری بیش از حد دز <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک
معاینه بالینی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی آزمایش پزشکی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی بررسی های تکمیلی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	(۴) معاینه بالینی و آزمایش های پزشکی در سوانح پرتوی <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک
معاینه بالینی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی آزمایش پزشکی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی بررسی های تکمیلی : <input type="checkbox"/> طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی	(۵) معاینه و آزمایش های پزشکی خاتمه خدمت <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> مشکوک

گواهی می شود شروع / ادامه کار ایشان با منابع مولد پرتو از تاریخ بلامانع / ممنوع می باشد. مراتب جهت اقدام براساس ضوابط به واحد قانونی اعلام می گردد.

نام خانوادگی :

مهر و امضاء: