附表Ⅲ 辖区内放射工作人员职业健康检查机构工作总结相关信息

|  |
| --- |
| **1.放射工作人员健康检查机构的基本情况：** |
| 机构名称 |  |
| 地址 |  |
| 邮编 |  |
| 联系人及所在科室 |  |
| 手机号码 |  |
| 是否备案 | 是□ 否□ |
| **2.本年度职业健康检查的情况：** |
| 共有多少家放射工作单位在本机构健康检查，共完成多少人次健康检查 | \_\_\_\_\_\_\_家，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人次 |
| 在本机构健康检查的放射工作单位中，共有多少家放射诊疗机构，共完成多少人次健康检查 | \_\_\_\_\_\_\_家，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人次 |
| 使用的职业健康检查表是否来自55号令？ | 是□ 否□ |
| 职业健康检查表是采用系统打印还是手写？ | 系统打印□ 手写□ |
| 岗前职业健康检查多少人次 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人次 |
| 岗中职业健康检查多少人次 | 一共\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人次，其中，诊断放射学（2A）\_\_\_\_\_\_\_人次，牙科放射学（2B）\_\_\_\_\_\_\_人次，核医学（2C）\_\_\_\_\_\_\_人次，放射治疗（2D）\_\_\_\_\_\_\_人次，介入放射学（2E）\_\_\_\_\_\_\_人次，其它医学应用（2F）\_\_\_\_\_\_\_人次，核燃料循环（1）\_\_\_\_\_\_\_人次，工业应用（3）\_\_\_\_\_\_\_人次，天然源（4）\_\_\_\_\_\_\_人次，其它（5）\_\_\_\_\_\_\_人次。 |
| 离岗职业健康检查多少人次 | \_\_\_\_\_\_\_人次 |
| **3.在岗期间的外周血淋巴细胞染色体畸变分析情况** |
| 是否进行在岗期间的外周血淋巴细胞染色体畸变分析？ | 是□ 否□ |
| 如上题回答为“是”，则填写： | 1. 年度共完成外周血淋巴细胞染色体畸变分析\_\_\_\_\_\_\_人次，其中发现异常的\_\_\_\_\_\_\_人次；
2. 每人分析\_\_\_\_\_\_\_个分裂相，实验室参考值为\_\_\_\_\_\_\_。
 |
| **4.眼晶状体健康检查情况（如有裂隙灯照片，请随本总结报告一同上报，不超过3张）：** |
| 眼晶体裂隙灯检查 | \_\_\_\_\_\_\_人次，其中晶状体后囊下浑浊\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人次 |
| **5.介入放射学、核医学科放射工作人员特殊检查（如有手部皮肤放射性损伤照片，请随本总结报告一同上报，不超过3张）** |
| 介入放射学、核医学科放射工作人员是否有特殊检查？ | 是□否□ |
| 如回答“是”，则填写具体的检查项目（如有超过5种检查项目，请自行添加）： | 1. 检查项目名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，人次数\_\_\_，异常率：\_\_\_\_
2. 检查项目名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，人次数\_\_\_，异常率：\_\_\_\_
3. 检查项目名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，人次数\_\_\_，异常率：\_\_\_\_
4. 检查项目名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，人次数\_\_\_，异常率：\_\_\_\_
5. 检查项目名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，人次数\_\_\_，异常率：\_\_\_
 |
| **6.甲状腺检查情况：** |
| 是否进行甲状腺彩超检查？ | 是□ 否□ |
| 如回答“是”，则填写： | 本年度共完成甲状腺彩超\_\_\_\_\_\_\_人次，其中发现异常\_\_\_\_\_\_\_人次。 |
| **7.职业健康检查数据库情况：** |
| 是否有汇总的健康检查数据库？ | 有□ 无□ |
| 是否可以导出汇总的个例健康检查数据为Excel、Access等常用数据库格式？ | 是□ 否□ |
| 汇总的健康检查数据库软件采用哪种架构 | 单机版□网络版□其他□（请注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 汇总的健康检查数据库软件 | 商业软件□（请填写软件的名称，版本，开发公司）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自主开发□ |
| **8.**放射工作人员（包括非医疗机构）在岗体检中，建议暂时脱离放射工作人数\_\_\_\_\_\_\_，不宜继续原放射工作人数\_\_\_\_\_\_\_；离岗检查中，建议转相关医疗机构进一步检查的人数\_\_\_\_\_\_\_ |
| **9.工作建议：** |
| (1) |
| (2) |
| (3) |
| (4) |
| (5) |

**放射工作人员职业健康检查机构名称：**

（加盖单位印章）

 **日期：**