



## فرم سلامت کاری محققین و پرسنل در تماس با حیوانات آزمایشگاهی

اطلاعات درخواست شده در این برگه برای ارزیابی سلامت فردی و همچنین نظارت بر امنیت و سلامت پرسنل و محققینی که با حیوانات آزمایشگاهی کار می‌کنند، استفاده خواهد شد. لطفاً تمام بخش‌های مربوطه را با دقت پر کنید و فرم امضا شده را به "کمیته اخلاق پژوهشکده علوم شناختی پژوهشگاه دانش‌های بنیادی" تحویل دهید.

### اطلاعات فردی

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

مسئول پروژه:

تلفن محل کار:

شماره تلفن همراه:

شماره تماس و نام شخصی که بتوان در مواقع اضطراری تماس گرفت:

### ارزیابی میزان خطر کار با حیوان

لطفاً میزان سطح ارتباط با حیوان را انتخاب کنید:

سطح ۱- اجازه ورود به مکان نگهداری حیوانات بدون تماس مستقیم با حیوان ها

سطح ۲- هرگونه تماس یا کار با غیر پرایمات ها (لطفاً نوع مربوطه را مشخص کنید) .....

سطح ۳- هرگونه تماس یا کار با پرایمات های غیر انسانی

### واکسیناسیون کزاز، دیفتری و سل

تاریخ آخرین واکسیناسیون (معمولاً واکسیناسیون هر ۱۰ سال یک بار انجام می‌شود):

اگر میزان ریسک کار شما با حیوان در سطح "۳" قرار دارد:

نتیجه تست سل:

تاریخ آخرین تست سل:



### اطلاعات حساسیت

افراد در معرض کار با حیوانات، در خطر واکنش‌های آلرژیک نسبت به حیوانات قرار دارند. آیا علائم زیر را هنگام کار یا مواجهه با حیوانات دارید؟

آبریزش، سوزش یا خارش چشم:  خیر  در گذشته  بلی

سرفه، عطسه یا آبریزش بینی:  خیر  در گذشته  بلی

کوتاهی نفس کشیدن یا خس خس:  خیر  در گذشته  بلی

تغییر رنگ پوست:  خیر  در گذشته  بلی

کپهیر:  خیر  در گذشته  بلی

آیا در حال انجام درمان هیچ یک از نشانه‌های قبل هستید؟  خیر  بلی

اگر در هر یک از سوال‌های بالا جواب شما مثبت است لطفاً توضیح دهید.

.....  
.....  
.....

آیا نشانه‌هایی از موارد ذیل در مورد شما صادق است؟

آسم:  خیر  بلی

اگزما، تغییر رنگ پوست یا موارد مشابه:  خیر  بلی

آلرژی نسبت به محیط کار آزمایشگاهی، حیوانات، لاتکس، گرد و غبار و یا سایر موارد:  خیر  بلی

آیا دارویی مصرف می‌کنید که سیستم ایمنی شما را ضعیف کند؟  خیر  بلی



آیا دچار نقص دریچه قلب هستید؟  خیر  بلی

آیا در حال حاضر باردارید؟  خیر  بلی

آیا در آینده نزدیک قصد بارداری دارید؟  خیر  بلی

آیا حیوان خانگی در منزل نگه داری می کنید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع حیوان را مشخص کنید.

نوع حیوان: .....

چنانچه در حال حاضر دارویی مصرف می کنید، نام آن را ذکر نمایید.

اگر در هریک از سوال های بالا جواب شما مثبت است و یا هرگونه نگرانی دیگری درمورد سلامتی خود و یا تذکراتی در خصوص محل کار خود دارید لطفا توضیح دهید:

.....

.....

.....

اینجانب.....تمامی سوالات فرم را صادقانه و با دانش کامل پاسخ داده ام.

امضاء: تاریخ:

این قسمت توسط دبیر کمیته اخلاق پر شود.

میزان خطرات احتمالی:

توصیه به مسئول پروژه:

موارد دیگر:

امضاء: تاریخ: