

<b>Ordinacija:</b>	<b>Nadzor obavlja:</b>	<b>Datum nadzora:</b>
<b>Matični broj ordinacije:</b>		

## KONTROLNA LISTA ZA STRUČNI NADZOR

### Status ordinacije:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> privatna praksa          | <input type="checkbox"/> grupna privatna praksa                  | <input type="checkbox"/> dom zdravlja                  |
| <input type="checkbox"/> privatna praksa u zakupu | <input type="checkbox"/> grupna privatna praksa u zakupu         | <input type="checkbox"/> trgovačko društvo             |
| <input type="checkbox"/> privatna poliklinika     | <input type="checkbox"/> poliklinika u vlasništvu lokalne uprave | <input type="checkbox"/> privatna zdravstvena ustanova |
| <input type="checkbox"/> ostalo                   |  |  |

**Adresa:** \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

GSM: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Specijalist medicine rada:** \_\_\_\_\_

### PROSTOR I OPREMA

#### Prostor ordinacije (obilazak prostora):

- |                                     |                                  |                                |                                   |                              |                             |
|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Prostorija za pregled               | <input type="checkbox"/> DA      | <input type="checkbox"/> NE    | Prostorija za medicinsku sestru   | <input type="checkbox"/> DA  | <input type="checkbox"/> NE |
| Prostor za medicinsku dokumentaciju | <input type="checkbox"/> DA      | <input type="checkbox"/> NE    | Prostor za dijagnostiku           | <input type="checkbox"/> DA  | <input type="checkbox"/> NE |
| Opći dojam o prostoru:              | <input type="checkbox"/> odličan | <input type="checkbox"/> dobar | <input type="checkbox"/> osrednji | <input type="checkbox"/> loš |                             |
- Primjedbe: \_\_\_\_\_

#### Posebna oprema (vizualna provjera):

- |  |                             |                             |                                 |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Negatoskop   | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Perkusijski čekić               | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Spirometar   | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Dinamometar                     | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| EKG aparat   | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Kaliper                         | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Oftalmoskop  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Zaporni sat                     | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Tablice za ispitivanje oštine vida i raspoznavanje boja            | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Vaga                            | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Ischiara tablice   | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Visinometar                     | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Ortoreter  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Platneni metar                  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Otoskop  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Glukometar                      | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Pribor za ispiranje uha  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Test trake za urin              | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Test-audiometar  | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Alkotest aparat                 | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Pribor za uzimanje uzoraka za biokemijske i mikrobiološke pretrage | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Set testova na uobičajene droge | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |

#### Dodatna oprema prema posebnim pravilnicima (vizualna provjera):

- |          |                             |                             |            |                             |                             |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Potrebna | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | Niktometar | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|

Drugo: \_\_\_\_\_

**Kontrola funkcionalnosti opreme - baždarenje**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> redovita               | <input type="checkbox"/> kod popravka |
| <input type="checkbox"/> povremena              | <input type="checkbox"/> ne postoji   |
| <input type="checkbox"/> samo pojedinih aparata |                                       |
| <input type="checkbox"/> DA                     | <input type="checkbox"/> NE           |

Potvrda o kontroli



### ODOBRENJA ZA RAD ORDINACIJE

#### (Neposredni uvid)

- Odobrenje ordinacije za djelatnost medicine rada  DA  NE
- Odobrenje ordinacije za obavljanje zdravstvenog nadzora nad osobama koje rade s izvorima ionizirajućih zračenja  DA  NE
- Odobrenje ordinacije za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti članova posade pomorskih brodova, brodova i drugih plovila unutarnje plovidbe  DA  NE
- Odobrenje ordinacije za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti čuvara i opće i posebne sposobnosti zaštitara u privatnoj zaštiti  DA  NE
- Odobrenje ordinacije za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti vozača kategorije A, B i poljoprivrednih traktora kojima je upravljanje vozilom na motorni pogon osnovno zanimanje te kategorije C, D i E  DA  NE
- Odobrenje ordinacije za obavljanje *izvanrednih* zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti vozača kategorije A, B i poljoprivrednih traktora kojima je upravljanje vozilom na motorni pogon osnovno zanimanje te kategorije C, D i E  DA  NE
- Odobrenje ordinacije za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti vozača kategorije H kojima je upravljanje vozilom na motorni pogon osnovno zanimanje  DA  NE

### ODOBRENJA ZA RAD MEDICINSKOG OSOBLJA

#### SPECIJALIST MEDICINE RADA (neposredni uvid)

- Odobrenje za samostalan rad Hrvatske liječničke komore za djelatnost medicine rada  DA  NE
- Potvrda o izobrazbi u posebnim područjima:
- Ionizirajuće zračenje  DA  NE
- Zrakoplovna medicina  DA  NE

#### MEDICINSKA SESTRA (neposredni uvid)

- Odobrenje za samostalan rad Hrvatske komore medicinskih sestara  DA  NE
- Uvjerenje o položenom stručnom ispitu  DA  NE

#### SURADNJA S DRUGIM SPECIJALISTIMA I ZDRAVSTVENIM SURADNICIMA (neposredni uvid u kopiju)

- |                          |   |  |   |
|--------------------------|---|--|---|
| Okulist                  | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad HLK                        | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Psijhijatar              | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad HLK                        | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Neurolog                 | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad HLK                        | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| ORL                      | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad HLK                        | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Internist                | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad HLK                        | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Psijholog                | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad Hrvatske psihološke komore | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Rtg - radiolog           | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad HLK                        | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |
| Laboratorij - biokemičar | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | Odobrenje za samostalan rad                            | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |



## DOKUMENTACIJA

## KNJIGA PROTOKOLA ZDRAVSTVENIH PREGLEDA (neposredni uvid)

Jedinstveni/ukupni protokol  DA  NE  knjiga  elektronički oblik  
 Zasebni protokoli za svaku vrst pregleda  DA  NE  knjiga  elektronički oblik

Broj pregleda u protekloj godini - ukupno

za poslove s posebnim uvjetima rada

za rad u zoni ionizirajućih zračenja

za članove posade brodova

za čuvare i zaštitare

za vozače profesionalce

za ORS

za rad s računalom

## Slučajan odabir kartona

Zdravstveni pregled za:

poslove s posebnim uvjetima rada

ionizirajuće zračenje

članove posade brodova

čuvare i zaštitare

vozače profesionalce

ORS

računalo

Broj kartona

## ANALIZA POJEDINAČNIH MEDICINSKIH KARTONA

(da=zadovoljavajući podaci; ne=nezadovoljavajući podaci)

	PUR	PUR	PUR	PUR	PC	Zrače nje	Citost atici	Voza či	Zašti tari	Čuva ri	Pomo rci	ORS
<b>1. RADNO MJESTO</b>												
1.1.	TOČKA Pravilnika	da										
		ne										
1.2.	Radno mjesto upisano	da										
		ne										
1.3.	Uputnica poslodavca/ opisani radni uvjeti	da										
		ne										
1.4.	Vrsta/razlog pregleda	da										
		ne										
1.5.	Podaci o poslodavcu	da										
		ne										
1.6.	Dozimetrija	da										
		ne										
1.7.	Kategorija zone	da										
		ne										

Obrazloženje:



## Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu

			PUR	PUR	PUR	PUR	PC	Zrače nje	Citost atici	Voza či	Zašti tari	Čuva ri	Pomo rci	ORS
<b>2. PREGLED</b>														
2.1.	Podaci o radniku	da												
		ne												
2.2.	Anamneza	da												
		ne												
2.3.	Radna anamneza	da												
		ne												
2.4.	Potpis radnika uz anamnezu	da												
		ne												
2.5.	Klinički pregled	da												
		ne												
2.6.	Adekvatan opseg pregleda	da												
		ne												
2.7.	Pretrage i pregledi	upi												
		sati												
<b>Kratice pretraga i pregleda:</b> <b>PS=psihijatar, N=neurolog, OK=okulist, P=psiholog</b> <b>BMP=biomikroskopski pregled leće, KA=analiza kromosomskih aberacija</b> <b>Vid (OV=oštrina, B=raspoznavanje boja, T=adaptacija na tamu, D=dubinski vid, P=perimetrija),</b> <b>EKG, S=spirometrija, A=audiometrija, Lab: KKS, GUK, GGT, J=jetrene funkcije, U=urin</b>														
<b>Obrazloženje:</b>  														
<b>3. DOKUMENTACIJA</b>														
3.1.	Datum pregleda	da												
		ne												
3.2.	Potvrda izabranog liječnika	da												
		ne												
3.3.	Dokumentacija u prilogu	da												
		ne												
3.4.	Čitljiva i jasna dokumentacija	da												
		ne												
3.5.	Upisana ORS	da												
		ne												
3.6.	Datum kontrolnog pregleda	da												
		ne												
3.7.	Kopija svjedodžbe	da												
		ne												
3.8.	Ispravno ispunjena svjedodžba	da												
		ne												
<b>Obrazloženje:</b>  														



## Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu

**EVIDENCIJA PROFESIONALNIH BOLESTI (neposredni uvid)**

Broj priznatih profesionalnih bolesti u protekloj godini			
Popis dijagnosticiranih i prijavljenih profesionalnih bolesti	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
<b>Uvid u slučajno izabran karton pregleda dijagnosticirane profesionalne bolesti</b>			
Ispunjenost podataka			
Prezime i ime	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Podaci o poslodavcu	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Adekvatnost opsega pregleda u odnosu na dijagnozu	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Dokumentacija/kopije nalaza u prilogu	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Nalaz i mišljenje o profesionalnoj bolesti	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Ispravno ispunjena prijava profesionalne bolesti	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Čitljiva i jasna dokumentacija	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>

**POHRANJIVANJE DOKUMENTACIJE (vizualna provjera)**

Pohranjivanje dokumentacije u:			
Ormari	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
U elektroničkom obliku	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Pod ključem	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Adekvatno čuvanje	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>

**KNJIGA ŽALBE (vizualna provjera)**

Knjiga žalbe postoji	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Izložena na vidljivom mjestu	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>

**CIJENIK (vizualna provjera)**

Cijenik postoji	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Ovjeren od HLK	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Izvešten na vidljivom mjestu	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>

**UGOVOR S OSIGURANJEM**

Ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Vidljiva naljepnica o ugovoru	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>

**OSTALE AKTIVNOSTI****PROCJENA OPASNOSTI (izjava, uvid)**

Sudjelovanje u izradi procjena opasnosti		<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Ako da, koliko u protekloj godini	<input type="checkbox"/>	1-10	<input type="checkbox"/>	11-20
			<input type="checkbox"/>	>20
Vođenje popisa obavljenih procjena opasnosti		<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Čuvanje dokumentacije o obavljenim procjenama opasnosti		<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>
Ako da, u	<input type="checkbox"/>	elektroničkom obliku	<input type="checkbox"/>	pisanom obliku

**OBILAZAK RADNOG MJESTA (izjava, uvid)**

Provođenje obilazaka radnih mjesta	<input type="checkbox"/>	Redovito	<input type="checkbox"/>	Povremeno	<input type="checkbox"/>	NE
	<input type="checkbox"/>	Kod problema	<input type="checkbox"/>	Na vlastitu inicijativu		
Ako da, koliko u protekloj godini	<input type="checkbox"/>	1-10	<input type="checkbox"/>	11-20	<input type="checkbox"/>	>20
Vođenje popisa obavljenih obilazaka radnih mjesta		<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>		NE
Procjena ispravne popunjenosti kontrolne liste za obilazak radnog mjesta		<input type="checkbox"/>	pozitivno	<input type="checkbox"/>		negativno
		<input type="checkbox"/>	pozitivno	<input type="checkbox"/>		negativno
		<input type="checkbox"/>	pozitivno	<input type="checkbox"/>		negativno
Informiranje Odbora ZNR ili poslodavca o obilasku radnog mjesta	<input type="checkbox"/>	Ponekad	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE
Ako da	<input type="checkbox"/>	usmeno	<input type="checkbox"/>	pismeno		

**ODBOR ZAŠTITE NA RADU (izjava)**

Broj odbora ZNR gdje ste suradni član	<input type="checkbox"/>	1-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>	>10
Broj sastanaka odbora u kojima ste sudjelovali u protekloj godini	<input type="checkbox"/>	1-10	<input type="checkbox"/>	11-20	<input type="checkbox"/>	>20
Vođenje popisa odbora zaštite na radu		<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>		NE
Mogući utjecaj na provođenje mjera svojim sudjelovanjem u odboru	<input type="checkbox"/>	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	Ponekad



**SAVJETOVANJE**

Ugovor s poslodavcem koji uključuje i savjetovanje iz područja ZNR  
Ako da, koliko

DA  NE  
 1-5  >5

**EDUKACIJA**

Provođenje obrazovanja iz područja zaštite zdravlja na radu

DA  NE

Ako da, u kojem području  osposobljavanje za pružanje prve pomoći na radnom mjestu

Ostale teme (navesti):

Broj obavljenih predavanja u protekloj godini

1-5  6-10  >10

Broj radnika koji su sudjelovali u edukaciji u protekloj godini

10-49  50-100  >100

**ZADOVOLJSTVO KORISNIKA****Povratne informacije o zadovoljstvu korisnika svojih usluga**

Poslodavaca  DA  NE Radnika

DA  NE

Stručnjaka ZNR  DA  NE

Ako da, putem  upitnika poslodavcu  upitnika radniku  usmene informacije

Ostalo (navesti):

**INFORMIRANJE I IZVJESTAVANJE****INFORMIRANJE RADNIKA O REZULTATU PREGLEDA**

Informiranje radnika o rezultatu pregleda

Ponekad  DA  NE

Ako da, na način

usmeno

u pismenom obliku

Ostalo (navesti):

**INFORMIRANJE RADNIKA O ŽALBENOM POSTUPKU**

Informiranje radnika o mogućnostima žalbenog postupka

Ponekad  DA  NE

Ako da, na način

usmeno

obavijest izvješena u ordinaciji

obavijest uručena radniku

obavijest na svjedodžbi o radnoj sposobnosti

Primjedba:

**IZVJEŠĆA O REZULTATIMA PREGLEDA**

Izvješća poslodavcu o skupnim rezultatima preventivnih zdravstvenih pregleda

Ponekad  DA  NE

Ako da, koliko u protekloj godini

1-5  6-10  >10

**PRIMJEDBE OSOBE KOJA PROVODI NADZOR**

Brojevi kartona s odstupanjima (za ZI MZ i HLK):

-  
-  
-



**LIJEČNIK KOD KOJEG SE OBAVLJAO NADZOR**

Upoznat sa rezultatima nadzora

 DA  NE**Primjedbe i mišljenje o nadzoru****ZAKLJUČCI I PREPORUKE****O prostoru i opremi****O odobrenjima za rad ordinacije****O odobrenjima za rad medicinskog osoblja**

*Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu*

**O dokumentaciji** (knjige protokola, pohranjivanje dokumentacije, knjiga žalbe, cijenik, ugovor s osiguranjem)

**O pojedinačnim medicinskim kartonima**

**O evidenciji profesionalnih bolesti**

**O ostalim aktivnostima** (procjena opasnosti, obilasci radnog mjesta, Odbor zaštite na radu, savjetovanje, edukacija)

**O podacima o zadovoljstvu korisnika**





*Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu***O informiranju i izvještavanju radnika i poslodavaca**

Potpis liječnika kod kojeg se obavljao nadzor:

---

Osobe koje su obavljale nadzor:

---

---

---

