Bản Câu Hỏi Về Việc Đánh Giá Y Tế Của DOSH

Từ WAC 296-842-22005

Hướng Dẫn

Doanh Nghiệp:

* Bản câu hỏi này đáp ứng các yêu cầu về WAC 296-842-14005.
* Quý vị phải nói cho người lao động của quý vị biết cách thức chuyển hoặc gởi bản câu hỏi hoàn tất đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã chọn.
* Quý vị **không** phải xem lại bản câu hỏi của người lao động.

Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:

* Xem lại thông tin trong bản câu hỏi này và bất kỳ thông tin bổ sung nào do doanh nghiệp cung cấp cho quý vị.
* Quý vị có thể thêm các câu hỏi vào bản câu hỏi này theo ý muốn của quý vị: tuy nhiên, các câu hỏi trong Phần 1-3 có thể không được xóa bỏ hoặc thay đổi về mặt cơ bản.
* Đánh giá tiếp theo bắt buộc đối với bất kỳ câu trả lời chắc chắn nào cho câu hỏi 1-8 trong Phần 2, hoặc câu hỏi 1-6 trong Phần 3. Điều này có thể bao gồm: Tư vấn qua điện thoại để đánh giá các câu trả lời chắc chắn, xét nghiệm y khoa và thủ tục chẩn đoán.
* Khi đánh giá của quý vị đầy đủ, hãy gởi một bản sao văn bản khuyến nghị của quý vị đến doanh nghiệp và người lao động.

Người Lao Động:

* Doanh nghiệp của quý vị phải cho phép quý vị trả lời bản câu hỏi này trong giờ làm việc thông thường, hoặc vào thời gian và địa điểm thuận tiện cho quý vị.
* Doanh nghiệp hoặc giám sát viên của quý vị không phải xem xét hoặc xem lại các câu trả lời của quý vị vào bất kỳ lúc nào.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phần 1 - Thông Tin Lý Lịch Của Người Lao Động** |  |  |  |
| **TẤT CẢ người lao động phải hoàn tất phần này** |  |  |  |
| **Xin viết in** |  |  |  |
| 1. Ngày hôm nay: |  |  |  |
| 2. Tên quý vị: |  |  |  |
| 3. Tuổi quý vị (năm gần nhất): |  |  |  |
| 4. Giới tính (khoanh tròn): Nam / Nữ |  |  |  |
| 5. Chiều cao của quý vị: ft. in. |  |  |  |
| 6. Cân nặng của quý vị: lbs. |  |  |  |
| 7. Chức vụ của quý vị: |  |  |  |
| 8. Một số điện thoại nơi quý vị có thể được liên lạc bởi chuyên viên chăm sóc sức khỏe xem lại bản câu hỏi này (bao gồm Mã Vùng): | | | |
| 9. Thời gian thuận tiện nhất để gọi cho quý vị theo số này: |  |  |  |
| 10. Doanh nghiệp của quý vị đã nói cho quý vị biết cách thức liên hệ chuyên viên chăm sóc sức khỏe sẽ xem lại bản câu hỏi này không? | Có | / | Không |
| 11. Kiểm tra (các) loại khẩu trang quý vị sẽ sử dụng: |  |  |  |
| a. Khẩu trang che mặt-lọc bụi N, R hoặc P (ví dụ: một khẩu trang lọc bụi, **HOẶC** một khẩu trang che mặt-lọc bụi N95). | | | |
| b. Đánh dấu tất cả mục áp dụng. |  |  |  |
| Khẩu trang nửa mặt Khẩu trang toàn mặt Khẩu trang trùm đầu Khẩu trang thoát khí |  |  |  |
| Mặt nạ phòng độc có bộ lọc dạng hộp hoặc vỏ đạn không tự động  Mặt nạ lọc bụi cấp khí tự động (PAPR) có bộ lọc dạng vỏ đạn |  |  |  |
| Cấp khí hoặc Ống khí |  |  |  |
| Thiết bị thở độc lập (SCBA): Nhu cầu hoặc Nhu cầu áp lực |  |  |  |
| Khác: |  |  |  |
| 12. Trước đây quý vị có đeo khẩu trang không? | Có | / | Không |
| Nếu “có,” hãy mô tả (các) loại nào: |  |  |  |
| **Phần 2 - Thông Tin Y Tế Chung** |  |  |  |
| **TẤT CẢ người lao động phải hoàn tất phần này** |  |  |  |
| **Xin khoanh tròn “Có” hoặc “Không”** |  |  |  |
| 1. Quý vị *hiện* có hút thuốc hay đã hút thuốc trong tháng vừa qua không? | Có | / | Không |
| 2. Quý vị *có bao giờ* *mắc* bất kỳ bệnh tật nào sau đây không? |  |  |  |
| a. Chứng co giật (cơn): | Có | / | Không |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| b. Bệnh tiểu đường (bệnh đái đường): | Có | / | Không |
| c. Phản ứng dị ứng gây trở ngại đường thở của quý vị: | Có | / | Không |
| d. Chứng sợ không gian kín (sợ những nơi kín và nhỏ hẹp): | Có | / | Không |
| e. Khó ngửi màu: | Có | / | Không |
| 3. Quý vị *có bao giờ gặp* bất kỳ vấn đề nào về phổi hay liên quan đến phổi sau đây không? |  |  |  |
| a. Bệnh bụi phổi amiăng: | Có | / | Không |
| b. Bệnh hen suyễn: | Có | / | Không |
| c. Bệnh phỗi tắc nghẹn mạn tính: | Có | / | Không |
| d. Khí phế thủng: | Có | / | Không |
| e. Viêm phổi: | Có | / | Không |
| f. Bệnh lao phổi: | Có | / | Không |
| g. Bệnh bụi phổi: | Có | / | Không |
| h. Tràn khí màng phổi (xẹp phổi): | Có | / | Không |
| i. Ung thư phổi: | Có | / | Không |
| j. Gãy xương sườn: | Có | / | Không |
| k. Bất kỳ chấn thương hay phẫu thuật nào về ngực: | Có | / | Không |
| l. Bất kỳ vấn đề nào khác về phổi mà quý vị đã được cho biết về: | Có | / | Không |
| 4. Quý vị *hiện* có bất kỳ triệu chứng nào sau đây về bệnh phổi hay liên quan đến phổi không? |  |  |  |
| a. Khó thở: | Có | / | Không |
| b. Khó thở khi đi bộ nhanh trên đất bằng hoặc đi lên đồi thấp hay dốc: | Có | / | Không |
| c. Khó thở khi đi bộ với người khác ở tốc độ bình thường trên đất bằng: | Có | / | Không |
| d. Phải ngừng lại để thở khi đi bộ với tốc độ của riêng quý vị trên đất bằng: | Có | / | Không |
| e. Khó thở khi tự giặt hoặc mặc quần áo: | Có | / | Không |
| f. Khó thở gây trở ngại việc làm của quý vị: | Có | / | Không |
| g. Ho có đờm (đờm đặc): | Có | / | Không |
| h. Ho làm quý vị thức giấc vào lúc sáng sớm: | Có | / | Không |
| i. Ho xảy ra hầu như vào lúc khi quý vị đang đang nằm: | Có | / | Không |
| j. Ho ra máu trong tháng vừa qua: | Có | / | Không |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| k. Thở khò khè: | Có | / | Không |
| l. Thở khò khè gây trở ngại việc làm của quý vị: | Có | / | Không |
| m. Đau ngực khi quý vị thở sâu: | Có | / | Không |
| n. Bất kỳ triệu chứng nào khác mà quý vị nghĩ có thể liên quan đến các vấn đề về phổi: | Có | / | Không |
| 5. Quý vị *có bao giờ gặp* bất kỳ vấn đề nào sau đây về tim hay tim mạch không? | Có | / | Không |
| a. Cơn đau tim: | Có | / | Không |
| b. Đột quỵ: | Có | / | Không |
| c. Chứng đau thắt ngực: | Có | / | Không |
| d. Bệnh suy tim: | Có | / | Không |
| e. Sưng chân hoặc bàn chân của quý vị (không phải do đi bộ): | Có | / | Không |
| f. Chứng rối loạn nhịp tim (tim đập bất thường): | Có | / | Không |
| g. Bệnh cao huyết áp: | Có | / | Không |
| h. Bất kỳ vấn đề nào khác về tim mà quý vị đã được cho biết về: | Có | / | Không |
| 6. Quý vị *có bao giờ gặp* bất kỳ triệu chứng nào sau đây về tim hay tim mạch không? |  |  |  |
| a. Thường xuyên đau hoặc tức ngực của quý vị: | Có | / | Không |
| b. Đau hoặc tức ngực của quý vị trong thời gian hoạt động thể chất: | Có | / | Không |
| c. Đau hoặc tức ngực gây trở ngại việc làm của quý vị: | Có | / | Không |
| d. Trong 2 năm qua, quý vị đã lưu ý tim của quý vị bỏ qua hoặc lỡ một nhịp: | Có | / | Không |
| e. Chứng ợ nóng hoặc khó tiêu không liên quan đến vấn đề ăn uống: | Có | / | Không |
| f. Bất kỳ triệu chứng nào khác mà quý vị nghĩ có thể liên quan đến các vấn đề về tim hoặc tuần hoàn máu: | Có | / | Không |
| 7. Quý vị *hiện* có dùng thuốc để điều trị bất kỳ vấn đề nào sau đây không? | Có | / | Không |
| a. Vấn đề hô hấp hoặc phổi: | Có | / | Không |
| b. Bệnh tim: | Có | / | Không |
| c. Huyết áp: | Có | / | Không |
| d. Chứng co giật (cơn): | Có | / | Không |
| 8. Nếu quý vị đã sử dụng khẩu trang, quý vị *có bao giờ gặp* bất kỳ vấn đề nào sau đây không? (Nếu quý vị đã không bao giờ sử dụng khẩu trang, hãy kiểm tra chỗ trống sau đây và đi đến câu hỏi 9:) |  |  |  |
| a. Kích ứng mắt: | Có | / | Không |
| b. Dị ứng da hoặc da nổi mụn: | Có | / | Không |
| c. Lo âu: | Có | / | Không |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| d. Suy yếu hoặc mệt mỏi chung: | Có | / | Không |
| e. Bất kỳ vấn đề nào khác gây trở ngại việc sử dụng khẩu trang của quý vị không? | Có | / | Không |
| 9. Bạn có muốn nói chuyện với chuyên viên chăm sóc sức khỏe sẽ xem lại bản câu hỏi này về các câu trả lời của quý vị không? | Có | / | Không |
| **Phần 3 - Các Câu Hỏi Bổ Sung Về Người Sử Dụng Khẩu Trang Toàn Mặt hoặc SCBA** |  |  |  |
| **Xin khoanh tròn “Có” hoặc “Không”** |  |  |  |
| 1. Quý vị có bao giờ *mất* thị lực của một trong hai mắt (tạm thời hoặc vĩnh viễn) không? | Có | / | Không |
| 2. Quý vị *hiện* có bất kỳ vần đề nào về thị lực này không? |  |  |  |
| a. Cần phải đeo kính áp tròng: | Có | / | Không |
| b. Cần phải đeo kính mắt: | Có | / | Không |
| c. Mù màu: | Có | / | Không |
| d. Bất kỳ mắt nào khác hoặc vấn đề về thị lực: | Có | / | Không |
| 3. Quý vị *có bao giờ bị* thương ở tai quý vị, bao gồm thủng màng nhĩ không? | Có | / | Không |
| 4. Quý vị *hiện* có bất kỳ vấn đề nào về thính giác này không? |  |  |  |
| a. Khó nghe: | Có | / | Không |
| b. Cần phải đeo máy trợ thính: | Có | / | Không |
| c. Bất kỳ vấn đề nào về thính giác hoặc tai: | Có | / | Không |
| 5. Quý vị *có bao giờ bị* thương ở lưng không? | Có | / | Không |
| 6. Quý vị *hiện* có bất kỳ vấn đề nào sau đây về cơ xương khớp không? |  |  |  |
| a. Suy yếu ở bất kỳ chỗ nào của cánh tay, bàn tay, chân hay bàn chân quý vị: | Có | / | Không |
| b. Đau lưng: | Có | / | Không |
| c. Hoàn toàn khó di chuyển tay và chân quý vị: | Có | / | Không |
| d. Đau hoặc cứng thắt lưng khi quý vị ngã người về phía trước hoặc phía sau: | Có | / | Không |
| e. Hoàn toàn khó di chuyển đầu quý vị ngẩng lên hoặc cúi xuống: | Có | / | Không |
| f. Hoàn toàn khó di chuyển đầu quý vị từ bên này sang bên kia: | Có | / | Không |
| g. Khó gập gối của quý vị: | Có | / | Không |
| h. Khó ngồi xổm xuống đất: | Có | / | Không |
| i. Leo cầu thang hoặc thang khi mang nhiều hơn 25 lbs: | Có | / | Không |
| j. Bất kỳ vấn đề nào khác về cơ hoặc xương khớp gây trở ngại việc sử dụng khẩu trang: | Có | / | Không |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Phần 4 - Câu Hỏi Không Bắt Buộc** |  |  |  |
| **Hoàn tất các câu hỏi trong phần này CHỈ KHI NÀO nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của doanh nghiệp quý vị nói các câu này cần thiết** | | | |
| 1. Trong việc làm hiện tại của quý vị, quý vị có làm việc ở độ cao (trên 5,000 feet) hay ở một nơi có lượng oxy thấp hơn thông thường không? | Có | / | Không |
| Nếu “có,” quý vị có cảm giác chóng mặt, khó thở, ngực đập thình thịch, hoặc các triệu chứng khác khi quý vị đang làm việc dưới các điều kiện này: | Có | / | Không |
| 2. Quý vị có bao giờ bị phơi nhiễm (ở nơi làm việc hoặc nhà) các dung môi nguy hiểm, hóa chất nguy hiểm trong không khí (như khí, khói hay bụi), **HOẶC** quý vị đã làm cho da tiếp xúc với hóa chất nguy hiểm không? | Có | / | Không |
| Nếu “có,” tên hóa chất, nếu quý vị biết: |  |  |  |
| 3. Quý vị có bao giờ làm việc với bất kỳ chất liệu nào, hay dưới bất kỳ điều kiện nào, được liệt kê dưới đây: | | | |
| a. Amiăng? | Có | / | Không |
| b. Dioxit Silic (ví dụ: trong tình trạng phun cát)? | Có | / | Không |
| c. Tungsten/coban (ví dụ: mài hoặc hàn chất liệu này)? | Có | / | Không |
| d. Beri? | Có | / | Không |
| e. Nhôm? | Có | / | Không |
| f. Than đá (ví dụ: khai thác mỏ)? | Có | / | Không |
| g. Sắt? | Có | / | Không |
| h. Thiếc? | Có | / | Không |
| i. Môi trường đầy bụi? | Có | / | Không |
| j. Bất kỳ phơi nhiễm nguy hiểm nào khác? | Có | / | Không |
| Nếu “có,” hãy mô tả các phơi nhiễm này: |  |  |  |
| 4. Liệt kê bất kỳ việc làm thứ hai hay nghề phụ nào quý vị có: |  |  |  |
| 5. Liệt kê nghề nghiệp trước đây của quý vị: |  |  |  |
| 6. Liệt kê sở thích hiện tại và trước đây của quý vị: |  |  |  |
| 7. Quý vị đã có phục vụ trong quân đội không? | Có | / | Không |
| Nếu “có,” quý vị đã có bị phơi nhiễm tác nhân hóa học hay sinh học không (trong khi huấn luyện hoặc chiến đấu)? | Có | / | Không |
| 8. Quý vị có bao giờ tiếp tục làm việc cho một nhóm HAZMAT không? | Có | / | Không |
| 9. Ngoài thuốc điều trị các vấn đề hô hấp và phổi, bệnh tim, huyết áp và co giật được đề cập sớm hơn trong bản câu hỏi này, quý vị sẽ có dùng bất kỳ loại thuốc nào khác vì bất kỳ lý do nào không (bao gồm thuốc không kê toa)? | Có | / | Không |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nếu “có,” hãy nêu tên thuốc, nếu quý vị biết: |  |  |  |
| 10. Quý vị sẽ sử dụng bất kỳ vật dụng nào sau đây cùng với (các) khẩu trang của quý vị không? |  |  |  |
| a. Bộ lọc HEPA: | Có | / | Không |
| b. Mặt nạ phòng độc có bộ lọc dạng hộp (ví dụ: khẩu trang khí): | Có | / | Không |
| c. Mặt nạ phòng độc có bộ lọc dạng vỏ đạn: | Có | / | Không |
| 11. Quý vị được yêu cầu sử dụng (các) khẩu trang thường xuyên như thế nào? |  |  |  |
| a. Chỉ thoát khí (không cứu nguy): | Có | / | Không |
| b. Chỉ trường hợp cứu nguy khẩn: | Có | / | Không |
| c. Ít hơn 5 giờ *mỗi tuần*: | Có | / | Không |
| d. Ít hơn 2 giờ *mỗi ngày*: | Có | / | Không |
| e. 2 đến 4 giờ mỗi ngày: | Có | / | Không |
| f. Hơn 4 giờ mỗi ngày: |  |  |  |
| 12. Trong suốt thời gian quý vị sử dụng (các) khẩu trang, là nỗ lực làm việc của quý vị: |  |  |  |
| a. *Nhẹ* (ít hơn 200 kcal mỗi giờ): | Có | / | Không |
| Nếu “có,” thời gian này kéo dài bao lâu trong suốt ca làm việc trung bình:  giờ phút. |  |  |  |
| Ví dụ: nỗ lực làm việc nhẹ là ngồi trong khi viết, đánh máy, phác thảo hay thực hiện công việc lắp ráp nhẹ; hoặc  đứng trong khi vận hành máy khoan (1-3 lbs.) hoặc điều khiển máy. | | | |
| b. *Vừa* (200 đến 350 kcal mỗi giờ): | Có | / | Không |
| Nếu “có,” thời gian này kéo dài bao lâu trong suốt ca làm việc trung bình:  giờ phút. |  |  |  |
| Ví dụ: nỗ lực làm việc vừa là ngồi trong khi đóng đinh hoặc mài giũa; lái xe tải hoặc xe buýt trong hệ thống giao thông đô thị; đứng trong khi khoan, đóng đinh, làm công việc lắp ráp hoặc chuyển vật có tải trọng vừa (khoảng 35 lbs.) ở mức trung; đi trên bề mặt bằng phẳng khoảng 2 mph hoặc xuống mức 5 độ khoảng 3 mph; hoặc đẩy xe cút kít với vật có tải trọng nặng (khoảng 100 lbs.) trên bề mặt bằng phẳng. | | | |
| c. *Nặng* (trên 350 kcal mỗi giờ): | Có | / | Không |
| Nếu “có,” thời gian này kéo dài bao lâu trong suốt ca làm việc trung bình:  giờ phút. |  |  |  |
| Ví dụ: Việc làm nặng là nâng một vật có tải trọng nặng (khoảng 50 lbs.) từ sàn lên thắt lưng hoặc vai quý vị; làm việc trên tàu bốc hàng; xúc bằng xẻng; đứng trong khi lát gạch hoặc đẽo gọt vật đúc; đi lên mức 8 độ khoảng 2 mph; leo cầu thang với một vật có tải trọng nặng (khoảng 50 lbs.). | | | |
| 13. Quý vị sẽ mặc quần áo và/hoặc mang thiết bị bảo hộ (khác ngoài khẩu trang) khi quý vị đang sử dụng khẩu trang của quý vị? | Có | / | Không |
| Nếu “có,” hãy mô tả quần áo và/hoặc thiết bị bảo hộ: |  |  |  |
| 14. Quý vị sẽ làm việc dưới điều kiện nóng (nhiệt độ vượt quá 77°F): | Có | / | Không |
| 15. Quý vị sẽ làm việc dưới điều kiện ẩm ướt: | Có | / | Không |

|  |
| --- |
| 16. Mô tả công việc quý vị sẽ làm trong khi sử dụng (các) khẩu trang của quý vị: |
| 17. Mô tả bất kỳ điều kiện nào đặc biệt hay nguy hiểm mà quý vị có thể gặp phải khi đang sử dụng (các) khẩu trang của quý vị (ví dụ: không gian hạn hẹp, khí đe dọa tính mạng): |
| 18. Cung cấp thông tin sau đây, nếu quý vị biết, đối với mỗi độc chất mà quý vị sẽ bị phơi nhiễm khi quý vị đang sử dụng (các) khẩu trang của quý vị: |
| Tên độc chất thứ nhất: |
| Mức phơi nhiễm tối đa được ước tính cho mỗi ca: |
| Thời gian phơi nhiễm mỗi ca: |
| Tên độc chất thứ hai: |
| Mức phơi nhiễm tối đa được ước tính cho mỗi ca: |
| Thời gian phơi nhiễm mỗi ca: |
| Tên độc chất thứ ba: |
| Mức phơi nhiễm tối đa được ước tính cho mỗi ca: |
| Thời gian phơi nhiễm mỗi ca: |
| Tên của bất kỳ độc chất nào khác mà quý vị sẽ bị phơi nhiễm trong khi sử dụng khẩu trang của quý vị: |
| 19. Mô tả bất kỳ trách nhiệm đặc biệt nào mà quý vị sẽ có trong khi sử dụng (các) khẩu trang của quý vị mà có thể ảnh hưởng đến sự an toàn và tình trạng khỏe mạnh của những người khác (ví dụ: cứu nguy, an toàn). |

[Văn Bản Pháp Quy: RCW 49.17.010, .040, .050, và .060. 17-18-075 (Lệnh 16-17), § 296-842-22005, nộp 09/05/2017, có hiệu lực 10/06/2017. Văn Bản Pháp Quy: RCW 49.17.050. 09-19-119 (Lệnh 09-02), § 296-842-22005, nộp 09/22/09, có hiệu lực 12/01/09. Văn Bản Pháp Quy: RCW 49.17.010, .040, .050, và .060. 07-05-072 (Lệnh 06-39), § 296-842-22005, nộp 02/20/07, có hiệu lực 04/01/07. Văn Bản Pháp Quy: RCW 49.17.010, .040, .050, và .060. 03-20-114 (Lệnh 02-12), § 296-842-22005, nộp 10/01/03, có hiệu lực 01/01/04.]