

Управление Федеральной
службы по надзору
в сфере защиты прав
потребителей и
благополучия человека
по Тульской области

Министерство
здравоохранения и
социального развития
Тульской области

Федеральное бюджетное
учреждение
здравоохранения
«Центр гигиены и
эпидемиологии в Тульской
области»

ПРИКАЗ

28.05.2012

№ 115/641-осн/70

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (далее - приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н), а также в соответствии со статьями 11, 36 Федерального закона от 30.03.1999г. № 52-ФЗ «О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.06.2000г. № 229 «О профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций» для реализации установленных требований проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, профессионального гигиенического обучения и аттестации

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить порядок реализации требований по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров на территории Тульской области, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н (приложение 1).

2. **Утвердить перечень профессий, должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, обязанных после прохождения предварительных при поступлении на работу и в дальнейшем периодических медицинских осмотров (обследований), проходить периодическую профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию (приложение 2).**

3. Утвердить порядок взаимодействия медицинских организаций и Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тульской области (далее по тексту - Управления

Роспотребнадзора по Тульской области) по исполнению приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н (приложение 3).

4. Утвердить временную форму направления на предварительный медицинский осмотр (приложение 4).

5. Утвердить временную форму паспорта здоровья работника (приложение 5).

6. Утвердить временную форму календарного плана проведения периодического медицинского осмотра (приложение 6).

7. Утвердить временную форму заключения по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра (приложение 7).

8. Утвердить временную форму списка контингентов подлежащих периодическим медицинским осмотрам (приложение 8).

9. Утвердить временную форму поименного списка лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам (приложение 9).

10. Утвердить временную форму заключительного акта по проведению периодических медицинских осмотров (приложение 10).

11. Утвердить временную форму отчета по профпатологии (приложение 11).

12. Утвердить временную форму отчета о периодических медицинских осмотрах (приложение 12).

13. Утвердить временную форму внесения записи о прохождении предварительных и периодических медицинских осмотров в личную медицинскую книжку (приложение 13).

14. Департаменту здравоохранения министерства здравоохранения и социального развития Тульской области разместить на сайте министерства здравоохранения и социального развития Тульской области список медицинских организаций, осуществляющих предварительные и периодические медицинские осмотры в срок до 02.07.2012г.

15. Начальникам территориальных отделов Управления Роспотребнадзора по Тульской области и начальникам отделов Управления обеспечить надзор за соблюдением полноты проведения предварительных и периодических медицинских осмотров в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н.

16. Центру профпатологии ГУЗ «Городская больница № 10 г. Туль» (далее - Центр профпатологии) обобщать и анализировать результаты периодических медицинских осмотров, не позднее 15 февраля года, следующего за отчётным, направлять обобщённые сведения в Федеральный центр профпатологии Минздравсоцразвития России, департамент здравоохранения министерства здравоохранения и социального развития Тульской области и в Управление Роспотребнадзора по Тульской области.

17. Федеральному бюджетному учреждению здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Тульской области» обеспечить проведение качественного профессионального гигиенического обучения и аттестации должностных лиц и работников организаций в соответствии с приложением 2, а также наличие на территории Тульской области личных медицинских книжек в достаточном количестве.

18. Утвержденный порядок реализации требований проведения предварительных и периодических медицинских осмотров на территории Тульской области (приложение 1) и утвержденный перечень профессий, должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, обязанных после прохождения предварительных при поступлении на работу и в дальнейшем периодических медицинских осмотров (обследований), проходить периодическую профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию (приложение 2) разместить в электронном виде на сайтах Министерства здравоохранения и социального развития Тульской области, Управления Роспотребнадзора по Тульской области, медицинских организаций, оказывающих услуги по проведению медицинских осмотров.

Руководитель
Управления
Роспотребнадзора по
Тульской области

Министр
здравоохранения и
социального развития
Тульской области

Главный врач
ФБУЗ «Центр гигиены и
эпидемиологии
в Тульской области»

_____ Данилина Л.Н.

М.П.

_____ Аванесян О.А.

М.П.

_____ Болдырева В.В.

М.П.

Требования по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров на территории Тульской области, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н

Рекомендовать работодателям всех форм собственности:

1. Организовать проведение обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников;
2. Разработать и утвердить список контингентов, подлежащих направлению на периодический медицинский осмотр, используя данные аттестации рабочих мест, проверок территориальных органов надзора, производственного лабораторного контроля, технической, эксплуатационной, технологической и иной документации;
3. Утвержденный список контингентов, подлежащих обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам, в соответствии с кратностью прохождения осмотров, в течение 10 календарных дней после утверждения работодателем, направить в Управление Роспотребнадзора по Тульской области или его территориальные отделы по месту нахождения работодателя;
4. Составлять поименные списки лиц, подлежащих периодическому медицинскому осмотру, на основании утвержденного списка контингентов и в целях своевременного формирования плана проведения периодических медицинских осмотров рекомендуется представлять вышеуказанные поименные списки в медицинские организации до 15 декабря года, предшествующему медицинскому осмотру, но не позднее, чем за 2 месяца до даты начала осмотров;
5. Согласовывать с медицинской организацией календарный план периодического медицинского осмотра и ознакомить работников с информацией о сроках и месте проведения осмотра, за 10 дней до начала осмотра;
6. Вручить лицу, направляемому на предварительный и периодический осмотр направление на медицинский осмотр, оформленное в соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н;
7. Вести журнал учета и регистрации выданных направлений и заключений по прохождению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров. Фиксировать под роспись выданные работнику направления на обязательные предварительные медицинские осмотры;
8. Обеспечить учет и хранение входящей документации от медицинских организаций (заключений по результатам предварительных медицинских осмотров о профпригодности, заключительных актов по результатам периодических медицинских осмотров);
9. Предоставлять медицинским организациям, проводящим медицинский осмотр, при необходимости (по их запросу) информацию и документы, необходимые им для осуществления их полномочий;

10. Обеспечить наличие личной медицинской книжки при прохождении предварительного медицинского осмотра должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием;

11. Не допускать работников к исполнению ими трудовых обязанностей без прохождения обязательных медицинских осмотров (обследований) и в случае медицинских противопоказаний.

12. Определить список участников аварийных ситуаций или инцидентов, работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами с разовым или многократным превышением предельно допустимой концентрации (ПДК) или предельно-допустимого уровня (ПДУ) по действующему фактору, а с аллергенами, канцерогенами, репротоксикантами без превышения ПДК, работников, имеющих (имевших) заключение о предварительном диагнозе профессионального заболевания, лиц со стойкими последствиями несчастных случаев на производстве, а также других работников в случае принятия соответствующего решения врачебной комиссией не реже одного раза в пять лет для прохождения периодических осмотров в центре профпатологии.

Оплата процедуры предварительных и периодических осмотров осуществляется работодателем.

Работодатель несет административную ответственность за несоблюдение требований установленных приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н, в том числе за несоблюдение сроков и периодичности их проведения, непринятие мер по рекомендациям заключительного акта и др.

Предварительные и периодические осмотры проводятся медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими право (лицензию) на проведение предварительных и периодических осмотров, а также на экспертизу профессиональной пригодности. Медицинская организация должна иметь документацию по осуществляемой деятельности (договоры, сметы, калькуляции на оказываемые услуги).

Медицинская организация для проведения предварительных и периодических осмотров обязана:

1. Сформировать постоянно действующую врачебную комиссию, возглавляемую врачом – профпатологом и утвердить ее приказом по учреждению;

2. Составить, согласовать с работодателем календарный план периодических медицинских осмотров и утвердить его не позднее 14 календарных дней до согласованной с работодателем даты начала проведения осмотров.

3. Календарный план должен содержать информацию о дате начала и окончания периода осмотров, о месте и времени прохождения осмотров, о перечне врачей-специалистов, объеме необходимых лабораторных и функциональных исследований в соответствии с перечнем факторов труда и работ по Ф.И.О. работника;

4. Оформить на работника, проходящего предварительный и периодический осмотр:

- медицинскую карту, в которую вносятся результаты осмотров врачами-специалистами, проведенные функциональные и лабораторные исследования. Карта хранится в медицинских организациях, проводящих медицинские осмотры;

- паспорт здоровья, который заполняется на каждого работника по установленной форме;

5. Внести информацию о состоянии здоровья работника в медицинскую документацию (медицинская карта, паспорт здоровья). Данная информация относится к персональным данным охраняемым действующим законодательством;

6. По окончании прохождения работником предварительного при поступлении на работу и периодического осмотра оформить медицинское заключение по утвержденной форме;

7. По итогам проведения периодических медицинских осмотров не позднее чем через 30 дней после завершения осмотра обобщить результаты проведенных периодических осмотров работников, с участием Управления Роспотребнадзора по Тульской области и представителем работодателя составить заключительный акт, утвердить и заверить печатью медицинской организации. Направить подписанный и утвержденный заключительный акт в течение 5 рабочих дней, с даты утверждения акта: работодателю; в центр профпатологии субъекта Российской Федерации; в Управление Роспотребнадзора по Тульской области;

8. Результаты предварительных и периодических медицинских осмотров вносить в личные медицинские книжки в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

9. Вести учет и хранение информации о проведенных медицинских осмотрах в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Центр профпатологии обобщает, анализирует результаты периодических медицинских осмотров, и не позднее 15 февраля года, следующего за отчетным, направляет обобщенные сведения в Федеральный центр профпатологии Минздравсоцразвития России, департамент здравоохранения министерства здравоохранения и социального развития Тульской области и в Управление Роспотребнадзора по Тульской области для учёта данных.

Управление Роспотребнадзора по Тульской области (территориальные отделы) (далее по тексту – Управление) в соответствии с действующим законодательством:

1. Регистрирует с присвоением индивидуального номера, поступившие в адрес Управления списки контингентов;

2. **Перед подписанием заключительного акта должностные лица Управления проверяют полноту проведения периодического медицинского осмотра, в случае выявления нарушений применяет меры административного воздействия;**

3. Отделы Управления и территориальные отделы обеспечивают учет данных о прохождении обязательных медицинских осмотров.

Перечень должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, обязанных после прохождения предварительных при поступлении на работу и в дальнейшем периодических медицинских осмотров (обследований), проходить периодическую профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию.

Должностные лица и работники организаций, деятельность которых связана:

1. С производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов:

- 1.1 в организациях торговли, в том числе продовольственных рынках, включая оптовые;
- 1.2. в организациях общественного питания (столовые, рестораны, кафе, бары, буфеты и др.);
- 1.3. на пищеблоках всех учреждений и организаций;
- 1.4. в пищевых и перерабатывающих отраслях промышленности;
- 1.5. в молочных и раздаточных пунктах;
- 1.6. на базах и складах продовольственных товаров, где имеется контакт с пищевыми продуктами в процессе их производства, хранения и реализации, в том числе работники, занятые санитарной обработкой и ремонтом инвентаря, оборудования, а также выполняющие работы, где имеется контакт с пищевыми продуктами при транспортировке их на всех видах транспорта.

2. С воспитанием и обучением детей и непосредственно с питанием детей:

2.1. в дошкольных образовательных организациях, домах ребёнка, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (лиц, их заменяющих), образовательных организациях интернатного типа, оздоровительных образовательных организациях, в том числе санаторного типа, детских санаториях, круглогодичных лагерях отдыха;

2.2. в образовательных организациях всех типов и видов (в том числе во внешкольных детских учреждениях);

2.3. в детских и подростковых сезонных оздоровительных организациях (перед началом работы);

2.4. в организациях, где работы выполняются учащимися образовательных организаций общего и профессионального образования (профессионально-технические училища, техникумы, лицеи, колледжи и др.) перед началом и в период прохождения практики на предприятиях, в учреждениях, организациях, работники которых подлежат профессиональной гигиенической подготовке и аттестации.

3. С коммунальным и бытовым обслуживанием:

3.1. на водопроводных сооружениях, связанные с подготовкой воды и обслуживанием водопроводных сетей;

3.2. в организациях бытового обслуживания населения (бани, душевые,

прачечные, химчистки, солярии, парикмахерские, косметические и массажные салоны и др.);

3.3. в бассейнах, спортивно-оздоровительных учреждениях, в том числе в водолечебницах;

3.4. в гостиницах, общежитиях, пассажирских вагонах (проводники), в должности стюардессы;

3.5. в организациях торговли промышленными товарами (в том числе товарами для детей и парфюмерно-косметическими изделиями);

3.6. в аптеках и фармацевтических предприятиях, реализующих в т.ч. БАДы;

3.7. в организациях, занятых перевозкой людей (такси, городской пассажирский транспорт).

3.8. в жилищных органах и предприятиях по организации системы сбора, удаления и вывоза отходов, предприятий вторичного сырья.

4. Работники лечебно-профилактических учреждений, деятельность которых непосредственно связана с питанием и коммунально-бытовым обслуживанием пациентов и отдыхающих.

5. Иностранцы рабочие в период работы в организациях и учреждениях, работники которых подлежат профессиональной гигиенической подготовке и аттестации.

**Порядок взаимодействия медицинских организаций и Управления
Роспотребнадзора по Тульской области по исполнению приказа
Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н**

1. Медицинские осмотры проводятся медицинскими организациями различных форм собственности, имеющими лицензию на право их проведения и на экспертизу профпригодности.

2. Для получения лицензии лечебно-профилактическим учреждениям необходимо иметь санитарно-эпидемиологическое заключение, выданное Управлением Роспотребнадзора по Тульской области на вид медицинской деятельности по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров, экспертизе профессиональной пригодности.

3. При слиянии медицинских организаций, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на указанные виды медицинской деятельности, и образовании нового юридического лица, санитарно-эпидемиологическое заключение выдаётся в порядке перерегистрации на срок действия ранее выданных заключений, без проведения повторных обследований, на основании предоставленных необходимых юридических документов.

4. При слиянии медицинских организаций, ранее не имевших лицензий на указанный вид деятельности, новое юридическое лицо получает санитарно-эпидемиологическое заключение службы в соответствии с существующим порядком.

5. Медицинские организации, независимо от форм собственности, несут ответственность за полноту и качество проведения медицинских осмотров.

6. Специалисты Управления Роспотребнадзора по Тульской области при выявлении нарушений проведения медицинских осмотров имеют право применять к медицинским организациям всех форм собственности меры административного воздействия.

7. Результаты проведения предварительного и периодического медицинского осмотра должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (см. приложение 2 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н) вносятся в личную медицинскую книжку (приложение 13).

Личные медицинские книжки приобретаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. В ходе проведения периодических медицинских осмотров Управление Роспотребнадзора по Тульской области принимает от работодателя в порядке уведомления список контингентов (приложение 8).

Согласование списка контингентов со стороны Управления Роспотребнадзора по Тульской области приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н - не предусмотрено.

9. Медицинские организации принимают списки подлежащих медицинскому осмотру, утверждённые руководителем организации, без требования уточнения и согласования контингентов, вредных факторов с Управлением Роспотребнадзора по Тульской области.

10. Медицинская организация имеет право запросить необходимую дополнительную информацию у работодателя для определения степени воздействия вредных факторов.

11. Заключительный акт, имеющий все необходимые подписи, с сопроводительным письмом направляется в Управление Роспотребнадзора по Тульской области для рассмотрения не позднее, чем за 7 рабочих дней до окончания срока составления акта, определённого приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н.

12. Специалисты Управления Роспотребнадзора по Тульской области при отсутствии замечаний, согласовывают заключительный акт и возвращают его в медицинскую организацию, не нарушая сроков составления акта.

13. При выявлении нарушений требований к проведению медицинских осмотров, должностное лицо Управления Роспотребнадзора по Тульской области не согласовывает акт и в порядке административного расследования может применять меры административного воздействия.

14. Медицинские организации любой формы собственности в обязательном порядке не позднее чем в течение 5 рабочих дней с даты утверждения направляют заключительный акт в Управление Роспотребнадзора по Тульской области, Центр профпатологии и работодателю.

15. С учетом результатов периодических медицинских осмотров в соответствии с заключительным актом медицинские организации оформляют сводный (годовой) отчет о результатах периодических медицинских осмотров и представляют его к 15 декабря отчетного года в Центр профпатологии.

16. Сведения о прохождении периодических медицинских осмотров обобщаются и анализируются Центром профпатологии и направляются в Федеральный центр профпатологии Минздравсоцразвития России, Министерство здравоохранения и социального развития Тульской области, Управление Роспотребнадзора по Тульской области не позднее 15 февраля года, следующего за отчетным.

Временная форма направления на предварительный (периодический) медицинский осмотр

_____ (наименование работодателя (организации, предприятия),

_____ форма собственности, вид экономической деятельности работодателя по ОКВЭД)

_____ (адрес работодателя (организации, предприятия)

ОКВЭД

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ) *(нужное подчеркнуть)*

Направляется в _____
(наименование медицинской организации,

_____ фактический адрес ее местонахождения, код ОГРН)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу / работающий *(нужное подчеркнуть)*

4. Структурное подразделение (цех, участок): _____

5. Должность (профессия): _____

5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: _____

7. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется: _____

8. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них: _____

9. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы *(в соответствии с Приложением №1 к приказу МЗ СР РФ от 12.04.2011г. №302н)*

9.1. Химические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

9.2. Физические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

9.3. Биологические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

9.4. Тяжесть труда (физические перегрузки) _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

10. Профессия (работа) *(в соответствии с Приложением №2 к приказу МЗ СР РФ от 12.04.2011г. №302н)*

(номер пункта или пунктов, перечислить)

(должность уполномоченного представителя)
МП

(подпись уполномоченного представителя)

(Ф.И.О.)

* Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).

Временная форма паспорта здоровья работника

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА № _____

« _____ » _____ 20____ г.
(дата оформления)

- 1. Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____
- 2. Пол: *муж / жен* _____ 3. Дата рождения _____
- 4. Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____
(число, месяц, год)
кем выдан _____
- 5. Адрес регистрации по месту жительства
(пребывания): _____
- 6. Номер страхового полиса
ОМС « _____ » _____

Номер СНИЛС _____
- 7. Место работы: _____

7.1. Вид экономической деятельности по ОКВЭД: _____

7.2. Полное наименование организации (предприятия): _____

7.3. Форма собственности организации (предприятия): _____

7.4. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел, отделение и т.д.): _____

8. Профессия (должность) в настоящее время: _____

9. Медицинская организация, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения:

10. Профессиональный маршрут до начала работ в данном виде работ (для **предварительного медицинского осмотра (обследования)**):

Начало и окончание работы (месяц, год)	Организация (предприятие)	Наименование работы с указанием пункта**	Наименование производственного фактора с указанием пункта**

11. Даты проведения **предварительных (при поступлении на работу) медицинских осмотров (обследований)**:

« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.

12. Даты проведения **периодических медицинских осмотров (обследований)**:

« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.
« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.	« <u> </u> » <u> </u> 20 <u> </u> г.

Год проведения предварительного (при поступлении) / периодического медосмотра:
(нужное подчеркнуть)

20__

13. Условия труда в настоящее время:

№ п/п	Наименование производственного фактора, вида работы с обязательным указанием пункта Приказа МЗ РФ от 12.04.2011 года № 302н*	Стаж работы с фактором
	Приложение 1:	
	Приложение 2:	

14. Заключение врачей-специалистов по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования) к работе с производственными факторами и видами работ, указанными в п.13 (нужное подчеркнуть):

№ п/п	Врач-специалист	Дата осмотра	Заключение: Медицинские противопоказания	Рекомендации, указать группу «Д» учета	Ф.И.О. или личная печать врача, подпись
1.	Терапевт – профпатолог + см. пп.15.1, 15.2, 15.3		(не) выявлены * заключение не дано*		
2.	Гинеколог + см. п. 15.2		(не) выявлены * заключение не дано*		
3.	Психиатр		(не) выявлены * заключение не дано*		
4.	Нарколог + см. п. 15.2		(не) выявлены * заключение не дано*		
5.	Невролог + см. п. 15.1, 15.3		(не) выявлены * заключение не дано*		
6.	Отоларинголог + см. пп. 15.1, 15.3		(не) выявлены * заключение не дано*		
7.	Офтальмолог + см. п.15.3		(не) выявлены * заключение не дано*		
8.	Дерматовенеролог + см. п. 15.2		(не) выявлены * заключение не дано*		
9.	Хирург + см. п.15.1		(не) выявлены * заключение не дано*		
10.	Стоматолог		(не) выявлены * заключение не дано*		
11.	Уролог + см. п.15.3		(не) имеет * заключение не дано*		
12.	Эндокринолог		(не) выявлены * заключение не дано*		
13.	Инфекционист + см. п. 15.2		(не) выявлены * заключение не дано*		
14.	Онколог + см. пп.15.1, 15.2, 15.3		(не) выявлены * заключение не дано*		
15.	Ортопед + см. п.15.1		(не) выявлены * заключение не дано*		
16.	Аллерголог + см. п. 15.2		(не) выявлены * заключение не дано*		

15. Результаты лабораторных и инструментальных обследований:

15.1. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования:	Заключение:	Ф.И.О. или личная печать врача (-чей), подпись
Органов грудной клетки (в 2-х проекциях):	_____ 20__	Патологии (не) выявлено
Суставов, кистей	_____ 20__	Патологии (не) выявлено
Позвоночника	_____ 20__	Патологии (не) выявлено
Околоносовых пазух	_____ 20__	Патологии (не) выявлено

15.2 Данные лабораторных исследований _____ . _____ .20____ : **Группа крови –** **Резус фактор –**

Анализ крови	Анализ крови	Эр.- x10 ¹² /L, Нб - g/L, Тр- x10 ⁹ /L ЦП - %, L - x10 ⁹ /L, э- п- с- л- м- СОЭ- м/ч					
	ЭрБЗ	Ретикулоциты					
	Метгемоглобин	Тельца Гейнца					
	НBSAg -отриц.	Карбоксигемоглобин	Время кровотечения: нач.- кон.-				
	Кровь на сифилис: отриц.	аНBSOR IgM -отриц.	А-НСV-IgG -отриц.	ВИЧ -отриц.			
	Сахар крови:	ммоль/L	Кал на я/гельминтов: отриц.				
	Коагулограмма*:	ПТИ* -	МНО-	АЧТВ* -	Протромб.вр*.-	РФ МК* -	Тромбин.вр.*-
	Биохимия (ммоль/л):	Общ.билирубин -	АСТ -	АЛТ-	Мочевина* -	Фибриноген* -	
		Общ.холестерин-	Г-ГТП -	ЩФ* -	Креатинин* -	Медь* -	
	Свинец -н/о	АЛ К	Ртуть*	Калий*	Кальций*	Холинэстераза	
Гормональный / аллергологический профиль:							
Анализ мочи	Уд. вес:	Реакция: кислая, щелочн., нейтральн.	Белок: нет	Сахар: нет	Лейкоциты:	Эритроциты: 0	
	Эпит. пл.: ед	Слизь: нет	Соли: нет	Бактерии: нет			
	Свинец - н/о	АЛК -	Копропорфирин-	Медь* -	Ртуть* -	Холинэстераза-	
Мазки	с ш/м: на АК – н/о +	Гп-отр. /+	на флору-				
	из зева и носа на патогенный стафилококк – отриц.						

15.3 Данные инструментальных исследований _____ . _____ .20____ : **Рост - (см) Вес- (кг) ИМТ-**

Аудиограмма (дБ)	ШР- , ср.ариф. на частотах 500-1000-2000Гц: AD- AS- (дБ)	на частоте 4000Гц: AD- AS- (дБ)	Заключение: Патологии (не) выявлено
Вестиб.аппарат:	Заключение: Патологии (не) выявлено		
ЭКГ:	Ритм – синусовый	ЧСС- в мин.	ЭОС – (не) отклонена
УЗИ ОБП	Изменений (не) выявлено		
УЗИ молочн.желез, предст.железы	Изменений (не) выявлено, возрастные изменения		
УЗДГ сосудов н/к	Изменений (не) выявлено, возрастные изменения		
ЭНМГ в/к			
Вибрац.чувствительност:	ЛР/ПР	ЛН/ПН -	Закл.: Норма
Vis OD/OS-	Скиаскопия OD/OS -	Рефрактометрия OD/OS -	
Цветовощущение OD/OS -	Объем аккомодации OD/OS	Биомикроскопия OD/OS-	
Офтальмоскопия гл.дна OD/OS-			
			Холод.пр. – отриц./положит

16. Заключение врачебной комиссии по результатам медосмотра 20_____ г. **Группа ДУ** _____

Протокол ВК № _____ от _____ (нужное отметить знаком «V» в соответствующих квадратах):

16.1. Не имеет медицинские противопоказания к работе:

- с проффактором (-ами) и к работам, указанным в п. 13
- с проффактором (-ами) и к работам *:

16.2. Имеет медицинские противопоказания к работе:

- с проффактором (-ами) и к работам, указанным в п. 13
- с проффактором (-ами) и к работам*:

16.3. Заключение не дано к работе:

- с проффактором (-ами) и к работам, указанным в п. 13
- с проффактором (-ами) и к работам*:

Оформлено извещение в Управление Роспотребнадзора об установлении предварительного диагноза профзаболевания (отравления) по форме 388-1/у-01 № _____ от « _____ » _____ 20_____ г.

Председатель врачебной комиссии:

(Ф.И.О.)

(подпись)

МП

*– Перечислить пункты проффакторов и (или) видов работ, указанные в п.13 Паспорта здоровья, к которым при осмотре выявлены медицинские противопоказания или к которым не дано заключение

Временная форма календарного плана проведения периодического медосмотра

СОГЛАСОВАНО
Директор
предприятия _____
(наименование)

(Подпись, И.О.Ф.)
« ____ » _____ 20 ____ г.

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
_____ (наименование ЛПУ)

(Подпись, И.О.Ф.)
« ____ » _____ 20 ____ г.

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН
периодического медицинского осмотра
работающих во вредных и опасных условиях труда в 20 ____ г.

(наименование предприятия)
в период с _____ по _____.

№ п/п	Наименование структурного подразделения (цеха, участка)	Профессия, должность	Ф.И.О.	Перечень вредных и/или опасных производственных факторов и (или) работ	№ пункта (-ов) приказа МЗ СР РФ от 12.04.2011 г.	Кол-во подлежащих медосмотру, в т.ч. женщин	Периодич-ность осмотра в		Перечень специалистов, участвующих в медосмотре	Перечень лабораторно – функциональных исследований	Примечание
							ЛПУ	ТОЦПП			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

Всего: муж. _____ / женщ. _____

Примечание: ОАК - общий анализ крови, ОАМ – общий анализ мочи, ЭКГ – электрокардиография, Р-графия ОГК – рентгенография органов грудной клетки прямая и правая боковая проекции, ФВД – функция внешнего дыхания

Председатель ВК,
профпатолог:

_____ (Подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Исполнитель:

**Временная форма заключения по результатам
предварительного (периодического) медицинского осмотра**

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО)*
МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)¹**

(*нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

1. Ф.И.О. (полностью) _____
2. Дата рождения _____ Пол: муж./жен.
(число, месяц, год)
3. Поступающий на работу / работающий (нужное подчеркнуть)
4. Место работы: _____
5. Структурное подразделение (цех, участок): _____
6. Должность (профессия): _____
7. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: _____
8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы и (или) виды работ в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ, указанным работодателем в направлении на медосмотр (обследование):

9. **Результат проведенного медицинского осмотра (обследования) (нужное подчеркнуть):**
не выявлены / выявлены² медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами и (или) к видам работ (перечислить)²:

К остальным проффакторам и видам работ медицинских противопоказаний не выявлено
Заключение не дано (указать причину)

Заключение врачебной комиссии от « ____ » _____ 20 ____ г. протокол № _____:

Оформлено извещение в Управление Роспотребнадзора по Тульской области об установлении предварительного диагноза профзаболевания (отравления) по форме 388-1/у-01 № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Председатель врачебной комиссии:

Работник (освидетельствуемый):

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

« ____ » _____ 20 ____ г.

¹ Составляется в двух экземплярах, один из которых передается лицу, поступающему на работу, или завершившему прохождение периодического медосмотра на руки, а второй приобщается к медицинской карте амбулаторного больного.

² Перечислить в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ Приказа МЗ СР РФ от 12.04.2011 № 302н.

Временная форма списка контингентов подлежащих периодическим медицинским осмотрам

УТВЕРЖДАЮ:

Руководитель _____

(Подпись, фамилия, инициалы)
« _____ » _____ 20 ____ г.

Список контингента работников, подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 г. № 302н в 20 ____ году

_____ (полное наименование предприятия, ИНН, ОГРН, ОКВЭД, форма собственности, адрес)

№ п/п	Наименование структурного подразделения (цеха, участка)	Наименование профессии, должности работника согласно штатного расписания	Вредные и / или опасные производственные факторы и работы	№ п/п по приказу МЗ РФ № 302н от 12.04.2011	Периодичность осмотра
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Должностное лицо
(представитель работодателя) _____ (подпись, И.О.Ф.)

E-mail: _____

Контактный телефон: (код города) _____

Временная форма поименного списка лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам

УТВЕРЖДАЮ:

Руководитель _____

(Подпись, фамилия, инициалы)
« ____ » _____ 20__ г.

Поименный список работников, подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра,
в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н в 20 ____ году

_____ (полное наименование предприятия, ИНН, ОГРН, ОКВЭД, форма собственности, адрес)

№ п/п	ФИО (полностью)	Число, месяц, год рождения	Пол	Наименование структурного подразделения (цеха, участка)	Профессия, должность	Вредные и / или опасные производственные факторы, в том числе с указанием факторов превышающих ПДК и/или ПДУ, и работы	№ п/п по приказу МЗ РФ № 302н от 12.04.2011	Полис ОМС (наименование страховой компании, серия, номер)	СНИЛС	Домашний адрес	Указать ЛПУ, к которому прикреплен для постоянного наблюдения (наименование, адрес)	Дата прохождения последнего медосмотра		Стаж работы в данной профессии
												в ЛПУ	в Центре профпатологии	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1														
2														
3														
4														

Муж.: _____ / Жен.: _____

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Должностное лицо
(представитель работодателя) _____ (подпись, И.О.Ф.)

E-mail: _____
Контактный телефон: (код города) _____

Временная форма заключительного акта по проведению периодических медицинских осмотров

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач

(наименование медицинской организации)

(наименование медицинской организации)
« ____ » _____ 20 ____ год

(адрес)
Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(подпись)

Заключительный акт комиссии

от « ____ » _____ 20 ____ г.

по результатам *периодического* медицинского осмотра
лиц, работающих на предприятии

(наименование организации, предприятия)

Медицинский осмотр (обследование) работников предприятия проведен согласно требованиям приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н и в соответствии с лицензией

(наименование медицинского учреждения)

на работы и услуги по экспертизе профпригодности и проведению предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) _____
(серия, номер, дата выдачи и дата окончания действия лицензии)

Нами:

Председателем врачебной комиссии

(Ф.И.О., должность)

Представителем работодателя

(Ф.И.О., должность)

Представителем трудового коллектива

(Ф.И.О., должность)

Представителем Территориального
органа Роспотребнадзора по Тульской
области (по согласованию)

(Ф.И.О., должность)

обобщены результаты медицинского осмотра работников предприятия за _____ год.

Общая численность работников организации (предприятия), цеха:

всего,

--	--	--

 из них женщин:

--	--

в том числе:

до 18 лет

--	--	--

 из них женщин:

--	--

инвалидов

--	--	--

 из них женщин:

--	--

профбольных

--	--	--

 из них женщин:

--	--

Число работников организации (предприятия), цеха, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда:

всего

--	--	--

 из них женщин:

--	--

Численность работников, занятых на работах, при выполнении которых обязательно

проведение периодических медицинских осмотров (обследований), в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний:

всего,		из них женщин:	
в том числе:			
до 18 лет		из них женщин:	
инвалидов		из них женщин:	
профбольных		из них женщин:	

Медицинский осмотр проведен медицинской комиссией в составе:

№ п/п	Врач-специалист	Обучены по профпатологии	Подлежало чел.	Осмотрено Чел.	% охвата
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					

Проведены виды и объемы необходимых исследований с учетом специфики действующих производственных факторов и видов работ:

№ п/п	Наименование исследования	Необходимое кол-во (чел.)	Проведено (чел.)	% выполнения
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Примечание: рекомендуется заключение договоров с другими медицинскими организациями или центром профпатологии в случае невозможности проведения в медицинской организации всех необходимых видов обследований с учетом специфики действующих производственных факторов и видов работ.

1. УСТАНОВЛЕНО:

1.1. В соответствии с утвержденным работодателем контингентом и поименным списком работников, медицинскому осмотру:

Подлежало, всего	чел.,	из них женщин	чел.
в том числе: лиц, в возрасте до 18 лет	чел.,	из них женщин	чел.
инвалидов	чел.,	из них женщин	чел.
профбольных	чел.,	из них женщин	чел.

По уточненному плану подлежало, всего	чел.,	из них женщин	чел.
в том числе: лиц, в возрасте до 18 лет	чел.,	из них женщин	чел.
инвалидов	чел.,	из них женщин	чел.
профбольных	чел.,	из них женщин	чел.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ):

2.1. Количество прошедших осмотр, всего	чел.,	из них женщин	чел.
в том числе: лиц, в возрасте до 18 лет	чел.,	из них женщин	чел.
инвалидов	чел.,	из них женщин	чел.
профбольных	чел.,	из них женщин	чел.

2.2. **Процент охвата** осмотрами
в том числе: лиц, в возрасте до 18 лет
инвалидов
профбольных

%,	из них женщин	%
%,	из них женщин	%
%,	из них женщин	%
%,	из них женщин	%

2.3. **Количество не завершивших медосмотр**
в том числе: лиц, в возрасте до 18 лет
инвалидов
профбольных

чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.

2.4. **Количество не прошедших медосмотр**
в том числе: лиц, в возрасте до 18 лет
инвалидов
профбольных

чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.

в том числе по причине:

- больничный лист
- командировка
- очередной отпуск
- увольнение
- отказ от прохождения

чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.
чел.,	из них женщин	чел.

2.5. Список работников **не прошедших** периодической медицинской осмотр (обследование):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Подразделение предприятия	Причина
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

2.6. Сводная таблица к заключительному акту о результатах медицинского осмотра ¹:

№ п/п	Ф.И.О.	Пол (м / ж)	Дата рождения	Участок, профессия	Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы, виды работ ²	Стаж работы	Класс заболевания по МКБ-10 ³ (установлен, да/нет)	Заболевание выявлено	Группа диспансерного наблюдения ³	Профпригоден к работам ²	Временно профнепригоден к работам ² с примечаниями	Постоянно профнепригоден к работам ²	Заключение не дано	Нуждается				
														в обследовании в центральном офтальмологическом амбулаторном обследовании и лечении	в стационарном обследовании и лечении	в санаторно-курортном лечении	в диспансерном наблюдении	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		

2.7. **Заключение по результатам данного периодического медицинского осмотра (обследования):**

Результаты периодического медицинского осмотра (обследования)	Всего	В том	Из них
---	-------	-------	--------

		числе женщин	лиц в возрасте до 18 лет	Инвалид ов
Численность работников, не имеющих медицинские противопоказания к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ				
Численность работников, имеющие <u>временные</u> медицинские противопоказания к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ				
Численность работников, имеющие <u>постоянные</u> медицинские противопоказания к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ				
Численность работников, нуждающихся в проведении дополнительного обследования (заключение не дано)				
Численность работников с установленным предварительным диагнозом профессионального заболевания				
Численность работников, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии				
Численность работников, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении				
Численность работников, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении:				
Численность работников, нуждающихся в санаторно-курортном лечении				
Численность работников, нуждающихся в диспансерном наблюдении				

2.8. Список лиц с установленным **предварительным** диагнозом **профессионального заболевания** (указать соответствующий проффактор или вид работы):

№ п/ п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Подразделе- ние предприятия	Профессия (должность)	Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы	Дата и № извещения по ф.388-1/у-01
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

2.9. Перечень **впервые** установленных **профессиональных заболеваний** (указать класс заболеваний по МКБ-10):

№ п/п	Класс заболевания по МКБ-10	Количество работников (всего)	В том числе женщин	В том числе лиц в возрасте до 18 лет	В том числе Инвалидов
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					

2.10. Перечень **впервые** установленных **хронических соматических заболеваний** (указать класс заболеваний по МКБ-10):

№ п/п	Класс заболевания по МКБ-10	Количество работников (всего)	В том числе женщин	В том числе лиц в возрасте до 18 лет	В том числе Инвалидов
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					

3. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников от «___» _____ 20___ г. (приложения-справки конкретно по каждому пункту акта и работнику с указанием документов, подтверждающих выполнение (приказы по предприятию, справки врачебной комиссии (ВК) медицинской организации, заключения центра профпатологии и др. результаты приобщаются к заключительному акту):

– *Заключительный акт за 20___ год (не) представлен с (без) результатами (-ов) выполнения рекомендаций (отметить проведенные мероприятия):*

№ п/п	Мероприятия	Подлежало (чел.)	Выполнено	
			абс.	в %
1	2	3	4	5
1.	Обследование в центре профпатологии			
2.	Дообследование			
3.	Лечение и обследование амбулаторное			
4.	Лечение и обследование стационарное			
5.	Санаторно-курортное лечение			
6.	Взято на диспансерное наблюдение			
7.	Отстранены от работы временно			
8.	Отстранены от работы постоянно			
9.	Трудоустроены на предприятии среди постоянно отстраненных			
10.	Уволены среди постоянно отстраненных от работу	X		

4. Предложения и рекомендации комиссии работодателю по реализации комплекса оздоровительных мероприятий, включая профилактические и другие:

Подписи:

Председатель врачебной комиссии:

С результатами ознакомлен:

Руководитель организации (предприятия):

С результатами ознакомлен:

Представитель территориального органа Роспотребнадзора по Тульской области (по согласованию):

(Ф.И.О., должность)

(Ф.И.О., должность)

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

(подпись)

(подпись)

М.П.

«___» _____ 20___ г.

«___» _____ 20___ г.

М.П.

М.П.

¹ Таблица 2.6 заполняется в соответствии с поименным списком и может быть оформлена в виде приложения к данному заключительному акту

² Перечислить пункты вредных и/или опасных производственных факторов и работ в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ, указанных в поименном списке работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру

³ Диагноз и класс (код) заболеваний по МКБ-Х представляются только в медицинских учреждениях

Временная форма отчета о профпатологии

Тульская область
Город, район _____
Наименование органа управления здравоохранением _____

Годовая форма
Представляют управления, отделы здравоохранения
административных территорий Тульской области
Центру профессиональной патологии
до 20 января ежегодно

ОТЧЕТ ПО ПРОФПАТОЛОГИИ

за _____ г.

1. Отчет о периодических медицинских осмотрах работников в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н

Вредные, опасные вещества и производственные факторы	Подлежало периодическому медосмотру		Осмотрено в отчетном году по данным заключительных актов		Количество лиц, выявленных с подозрением на профпатологию	
	Всего	в т.ч. женщин	всего	в т.ч. Женщин	всего	в т.ч. женщин
1	2	3	4	5	6	7
Всего (физических лиц)*						
В т.ч. работающих в условиях воздействия:						
Промышленных аэрозолей*						
Химических веществ*						
Физических факторов, в т.ч.						
Вибрации*						
Шума						
Неионизирующего излучения						
Ионизирующего излучения						
Физических перегрузок						
Биологических факторов*						
Прочих факторов*						

Примечание: * Указать (перечислить) факторы в соответствии с Приложением 1, 2 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н. на основании Поименного списка работающих, подлежащих медосмотру в отчетном году, составленного работодателем на основании списка контингента, подлежащих медосмотру
– Количество физических лиц, работающих с проффакторами (первая строка таблицы), может быть меньше суммарного количества работающих с конкретным проффактором из-за множественности факторов, воздействующих на одного работающего
– Таблицу 1 представить в виде сводного отчета по всем организациям, прошедших медосмотр, и по каждой организации отдельно

1.1. Результаты периодических медицинских осмотров, проведенных _____ на предприятиях в 20 ____ г.
(наименование медицинской организации)

№ п/п	Предприятие	ОКВЭД предприятия	Подлежит ПМО по уточненному плану			Осмотрено на ПМО по уточненному плану						Выявлено лиц		Кол-во лиц, которым рекомендован перевод на другую работу					Направлено				
			всего	жен.	до 21 г.	всего		жен.		до 21 г.		с общими заболеваниями	с подозрен. на проф. заболевание	временно		постоянно			на стац. лечение в ЛПУ	на амбулат. лечение в ЛПУ	в ТОЦПП		
						Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%			всего	в т.ч. вследствие общего заболевания	всего	в т.ч. вследствие подозрен. на профзаб.	в т.ч. вследствие общего заболевания					
			1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1																							
Итого:																							

1.2. Функциональные и лабораторные исследования, осуществляемые _____ при проведении обязательных медосмотров в 20 ____ г.
(наименование медицинской организации)

№ п/п	Предприятие	Проведение функциональных исследований											Проведение лабораторных исследований								
		Рентгенография	Флюорография	ФВД	Аудиометрия	Исследование вестибулярного аппарата (кресло-Баланс)	Вибрационная чувствительность	Холодовая проба	Динамометрия	РВГ	УЗИ	ЭКГ	Ан. крови клинич.	Сахар крови	Анализ мочи клинич.	Анализ мочи на КП, содержание металлов, холинэстераза	Биохимия крови: холестерин, билирубин, Алт	Серологич. и бактериол. исслед.	Анализы не в полном объеме	Только ОАК, ОАМ	
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	

Количество и наименование ЛПУ, осуществляющих периодические медицинские осмотры _____ из них имеют лицензию на проведение экспертизы профпригодности _____.

1.3. Список лиц с предварительными диагнозами профессиональных заболеваний, выявленными при ПМО в МУЗ _____ за 20 ____ г.

№ п/п	Предприятие	Ф. И. О.	Возраст	Профессия	Код вредного фактора (Пр.№83-04, 338-05)	Стаж во вредных условиях труда	Диагноз (шифр МКБ-Х)	Заполнено извещение ф.338-1/у-01	Направлено в ТОЦПП
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1.4. Результаты проведения дополнительной диспансеризации (ДД) профвредников в 20 _____ г.

№ п/п	Предприятие	ОКВЭД предприятия	Подлежало ДД по плану, чел.		Осмотрено на ДД по уточненному плану		Среди осмотренных выявлено лиц с болезнями									
			Всего	В том числе		Всего чел. / %	В том числе		ВСЕГО	В том числе						
				Жен.	до 21г.		Жен. чел./%	до 21г. чел./%		Системы кровообращения I 00-I 99	Эндокринной системы E 00-E 90	Органов дыхания J 00-J 99	Органов пищеварения K 00-K93	Костно-мыш.сист.и соед.ткани M00-M99	Мочеполовой системы N 00-N 99	Прочие
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Итого:																

1.5. Список лиц, направленных на СТАЦ. ЛЕЧЕНИЕ во время проведения ПМО и ДД профвредников в МУЗ _____ в 20 _____ г.

№ п/п	Ф. И. О.	Возраст	Место работы, профессия	Стаж во вредных условиях труда	Код вредного фактора (Прию №83-04, №338-05)	Диагноз (шифр МКБ-Х)	Диагноз выявлен при		Рекомендован перевод на др. работу с искл. вредного фактора	Направлен	
							ПМО	ДД		в ЛПУ	в ТОЦПП
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
							+	-			
Всего:											

2. Форма учета состояния профзаболеваемости в 2011 г.

№ п/п	Нозологические формы и группы	Шифры по МКБ-Х (указать)	Состояло на учете на начало отчетного года, всего	Вновь взято на учет в отчетном году			Снято с учета за отчетный год			Состоит на учете на конец отчетного года					Кол-во лиц, направленных в профцентр всего	
				всего	В том числе		всего	В т.ч. по причине		всего	В том числе					
					при проф. осмотре	прибыло с других районов, областей и др.		смерти	другим причинам		инвалидов вследствие профзаболеваний			с % утраты трудоспособности		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16
0	Подозрение на пневмокозиоз															
1	Пневмокозиозы (всего)															
	В т.ч.: - силикоз															
	- силикотуберкулез															
	- антракозы															
2	Пылевой бронхит															
3	Токсико-пылевой и токсич.бронхит															

№ п/п	Нозологические формы и группы	Шифры по МКБ-Х (указать)	Состояло на учете на начало отчетного года, всего	Вновь взято на учет в отчетном году			Снято с учета за отчетный год			Состоит на учете на конец отчетного года					Кол-во лиц, направленных в проф-центр всего	
				всего	В том числе		всего	В т.ч. по причине		всего	В том числе					с % утраты трудоспособности
					при проф. осмотре	прибыло с других районов, областей и др.		смерти	другим причинам		инвалидов вследствие профзаболеваний					
											всего	1гр.	2гр.	3гр.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4	Бронхиальная астма															
5	Экзема															
6	Дерматит															
7	Катаракта															
8	Нейросенсорная тугоухость															
9	Вибрационная болезнь															
11	Радикулопатии															
12	Рефлекторный мышечно-тонический синдром															
13	Деф. артроз															
14	Другие болезни опорно-двиг. апп-та, связ. с физ.перегр. и перенапряж.															
15	Проф. интоксикации (всего), в т.ч.															
	Свинцом															
	Ртутью															
	Марганцем															
16	Инфекционные и паразитарные заболевания (всего)															
	в т.ч. туберкулез															
17	Новообразования															
18	Прочие болезни (указать)															
	ИТОГО:															

2.1. Список больных с ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ОТРАВЛЕНИЯМИ),

состоящих на учете в МУЗ _____ в 20 _____ г.*

№ п/п	Ф.И.О. (полностью)	Пол	Возраст (полных лет), год	Район	Домашний адрес: город, (поселок, село, деревня), улица, дом, корпус, квартира	Предприятие, организация, учреждение, колхоз	Министерство, ведомость	Цех, отдел, участок	Профессия на момент установления профзаболевания (указать другой)	Стаж работы в данной профессии вредными проффакторам,	12	Вредные производственные факторы, послужившие причиной профзаболевания (отравления)		Вид и форма профзаболевания
												11	13	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	ОБРАЗЕЦ!!!!!!!!!! Гранкина Нина Ивановна	Жен	52 195 8	Тула	Тула, ул.Металлургов,д. 6, кв.25	АК «Тулачермет »	Черная металлурги я	Домен -ный цех	Моторист шихтоподач и	12 лет	12 ле т	Высокая запылен- ность пылью кокса	Неблагоприятны е метеоусловия (низкая температура)	Хрон

Диагноз			Профзаболевание выявлено при целевом медосмотре, обращении	Наименование учреждения, установившего окончательный диагноз профзаболевания	Год установления диагноза профзаболевания	Дата взятия на учет в ЛПУ по месту наблюдения	Исходы профзаболевания							
основной	Код МКБ-Х основного диагноза	сопутствующий					Ближайшие				Отдаленные			
							Без утраты трудоспособности	С временной утратой трудоспособности (амбулаторное лечение, госпитализация)	Временный перевод на другую работу	Смерть в течение первых 2х суток после происшествия	Трудоспособен в своей профессии, должности	Стойкая утрата трудоспособности в своей профессии, должности + % УТС	Инвалидность (дата установления)	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Хр. пылевой бронхит обструктивн ый. Эмфизема легких, пневмосклер оз. ДН 2-3	J 44.8	ГБ 2 ст. ДОА колен. суставов с наруш. ф- ции ходьбы 2ст.	При обраще -нии	ТОЦПП	1994							I гр.	1994	

Исходы профзаболевания	Меры в отношении больного	Трудоустройство	Примечание
------------------------	---------------------------	-----------------	------------

Отдаленные		Лечебно-профилактические (указать в соответствии с Приложением 7 к Приказу МЗ СССР от 29.09.89 №555)	Санитарно-профилактические	(переведен на другую работу, оставлен на прежней, не требуется, другое)	
Диагноз заболевания отдаленного последствия	Смерть (дата)				
31	32	33	34	35	36
		Амб. набл. тер.-профпат. по м/ж, в ТОЦПП 1 раз в год	Доведение возд. среды на раб. месте в соответствии с ГОСТ		

Примечание: * – Таблица 2.1. представлена в формате Excel в виде отдельного файла «2.1. Профбольные ЦПП», прикрепленного к отчету. В нем приведена пояснительная записка о правилах оформления таблицы.

Список больных с профзаболеваниями, зарегистрированных в Профцентре, уже внесен в таблицу Excel. Сортировка данных проведена по району (столбец 5). Необходимо внести корректировки красным шрифтом, не удаляя имеющиеся данные, заполнить ее по образцу, приведенному в данной форме, и представить в профцентр.

2.2. Структура больных и инвалидов вследствие профзаболеваний по результатам освидетельствования в бюро МСЭК за 20_____ г. МУЗ

№ п/п	Нозологические формы и группы заболеваний	Шифры по МКБ-Х (указать)	Состояло на учете на начало отчетного года					Динамика группы инвалидности при повторном освидетельствовании за отчетный период			Результаты первичного освидетельствования за отчетный период				
			Лиц с % утраты трудоспособности и без инвалидности	Инвалидов			Всего	Не менялась (кол-во чел.)	Уменьшена (кол-во чел.)	Увеличена (кол-во чел.)	% утраты трудоспособности без инвалидности	Инвалидность			Всего направлено в бюро МСЭК
				1гр	2гр	3гр.						1гр	2гр	3гр	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Пневмокониозы (всего)														
	В т.ч.: -силикоз														
	-силикотуберкулез														
	- антракозы														
2	Пылевой бронхит														
3	Токсико-пылевой и токсич.бронхит														
4	Бронхиальная астма														
5	Экзема														
6	Дерматит														
7	Катаракта														
8	Нейросенсорная														

№ п/п	Нозологические формы и группы заболеваний	Шифры по МКБ-Х (указать)	Состояло на учете на начало отчетного года					Динамика группы инвалидности при повторном освидетельствовании за отчетный период			Результаты первичного освидетельствования за отчетный период				
			Лиц с % утраты трудоспособности и без инвалидности	Инвалидов			Всего	Не менялась (кол-во чел.)	Уменьшена (кол-во чел.)	Увеличена (кол-во чел.)	% утраты трудоспособности без инвалидности	Инвалид-ность			Всего направлено в бюро МСЭЖ
				1гр	2гр	3гр.						1гр	2гр	3гр	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	тугоухость														
9	Вибрационная болезнь														
10	Полинейропатии														
11	Радикулопатия														
12	Рефлекторный мышечно-тонический синдром														
13	Деф. артроз														
14	Другие болезни опорно-двиг. апп-та, связ. с физ.перегр. и перенапряж														
15	Професс. интоксикации (всего)														
	в т.ч. свинцом														
	ртутью														
	марганцем														
	органическими растворителями														
16	Инфекционные и паразитарные заболевания (всего)														
	в т.ч. туберкулез														
17	Новообразования														
18	Прочие болезни (указать)														
	ИТОГО:														

3. Показатели подготовки врачей МУЗ _____ по профпатологии, участвующих в проведении обязательных медосмотров в 20__ г.

№ п/п	Наличие в ЛПУ	Н а	Кол-	В	Терапевт	Неврол	Лор	Хирург	Офтальм	Дермато л.	Гинеколо г	Рентген ол.	Психиат р	Нарколо г	Стомат	Инфекц	Эндокр	Урол	Ортоп	Онкол ог	Аллер гол
-------	---------------	-----	------	---	----------	--------	-----	--------	---------	------------	------------	-------------	-----------	-----------	--------	--------	--------	------	-------	----------	-----------

	лицензии на виды услуг: предварительные и периодические медосмотры, экспертизы за профпригодности (указать №, дату выдачи и срок действия)				Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии	Всего участвующих в ПМО	В т.ч. подготовлены по профпатологии
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
	Например: Лиц. № 001-07 от 01.01.09 до 01.01.14 Предв. и период м/о – есть, экспертиза профприг.-нет																																					
	Итого по району																																					

Количество врачей МУЗ _____, прошедших подготовку по профпатологии в течение последних 5 лет всего _____.

3.1. Списочный состав врачей, прошедших усовершенствование и/или переподготовку по профпатологии за последние 5 лет

№ п/п	Наименование ЛПУ	Ф.И.О.	Специальность по диплому, должность	Стаж в данной должности	Дата и место переподготовки (504ч.) по профпатологии, указать № диплома, № сертификата	Дата и место усовершенствования (144ч.) по профпатологии, указать № удостоверения
1	2	3	4	5	6	7

№ п/п	Наименование ЛПУ	Ф.И.О.	Специальность по диплому, должность	Стаж в данной должности	Дата и место <i>переподготовки</i> (504ч.) по профпатологии, указать № диплома, № сертификата	Дата и место <i>усовершенствования</i> (144ч.) по профпатологии, указать № удостоверения
1	2	3	4	5	6	7

3.2. ЗАЯВКА на усовершенствование/переподготовку врачей по профпатологии МУЗ

на 20 _____ г.*

№ п/п	Ф.И.О.	Специальность по диплому	Должность	Стаж работы в данной должности	Заявка на усовершенствование (144ч.) для врачей всех специальностей	Заявка на переподготовку для врачей-терапевтов (504 ч.)
1.						

Примечание: * – Ориентировочные сроки проведения усовершенствования (144ч.) в мае-июне 2012г. на базе Профцентра.
– Переподготовка (504ч.) осуществляется в г.Москве в НИИ медицины труда РАМН

Сводный отчет по профессиональным заболеваниям МУЗ _____ в 20 _____ г Форма № 24 (1000)

Наименование	№ строки	Число больных с впервые установленным диагнозом	
		всего	В том числе женщин
1	2	3	4
Профессиональные заболевания (отравления), всего	01		
В том числе:	02		
Острые профессиональные заболевания (отравления)			
Из них со смертельным исходом	03		
Хронические профессиональные заболевания (отравления)	04		
Из стр. 01 число лиц с двумя и более зарегистрированными заболеваниями (отравлениями) в отчетном году	05		

Руководитель организации _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

МП

Должностное лицо, ответственное за составление формы _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

_____ (номер контактного телефона с указанием кода, факс, E-mail)

_____ (дата составления документа)

**Временная форма отчета о периодических медицинских осмотрах
медицинских учреждений г. Тулы и Тульской области за 20__ г.**

Тульская область
Город, район _____
Наименование органа управления здравоохранением _____

Ежеквартальная форма
Представляют управления, отделы здравоохранения
административных территорий Тульской области
Центру профессиональной патологии
до 15 числа месяца следующего за отчетным

**ОТЧЕТ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ
за _____ квартал _____ года**

**1. Отчет о периодических медицинских осмотрах работников
в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н**

Вредные, опасные вещества и производственные факторы	Подлежало периодическому медосмотру		Осмотрено в отчетном году по данным заключительных актов		Количество лиц, выявленных с подозрением на профпатологию	
	Всего	в т.ч. женщин	всего	в т.ч. женщин	всего	в т.ч. женщин
1	2	3	4	5	6	7
Всего (физических лиц)*						
В т.ч. работающих в условиях воздействия:						
Промышленных аэрозолей*						
Химических веществ*						
Физических факторов, в т.ч.						
Вибрации*						
Шума						
Неионизирующего излучения						
Ионизирующего излучения						
Физических перегрузок						
Биологических факторов*						
Прочих факторов*						

Примечание: * Указать (перечислить) факторы в соответствии с Приложением 1, 2 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. № 302н на основании Списка работающих, подлежащих медосмотру в отчетном году, составленного работодателем

– Количество физических лиц, работающих с проффакторами (первая строка таблицы), может быть меньше суммарного количества работающих с конкретным проффактором из-за множественности факторов, действующих на одного работающего

– Таблицу 1 представить в виде сводного отчета по всем организациям, прошедших медосмотр, и по каждой организации отдельно в соответствии со Списком работающих, подлежащих медосмотру в отчетном году, составленного работодателем

2.1. Результаты периодических медицинских осмотров, проведенных _____ на предприятиях в 20 ____ г.
(наименование медицинской организации)

№ п/п	Предприятие	ОКВЭД предприятия	Подлежит ПМО по уточненному плану			Осмотрено на ПМО по уточненному плану						Выявлено лиц		Кол-во лиц, которым рекомендован перевод на другую работу					Направлено	
			всего	жен.	до 21 г.	всего		жен.		до 21 г.		с общими заболеваниями	с подозрен. на проф. заболевание	временно		постоянно			на стац. лечение в ЛПУ	в ТОЦПП
						Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%			всего	в т.ч. вследствие общего заболевания	всего	в т.ч. вследствие подозрен. на профзаб.	в т.ч. вследствие общего заболевания		
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Итого:																				

2.2. Функциональные и лабораторные исследования _____, осуществляемые при проведении обязательных медосмотров в 20 ____ г.
(наименование медицинской организации)

№ п/п	Предприятие	Проведение функциональных исследований											Проведение лабораторных исследований								
		Рентгенография	Флюорография	ФВД	Аудиометрия	Вибрационная чувствительность	Холодовая проба	ЭКГ	УЗИ	Динамометрия	РВГ	Исследование вестибулярного аппарата (кресло Барани)	Ан крови клинич.	Сахар крови	Анализ мочи клинич.	Анализ мочи на КП, содержание металлов, холинэстераза	Биохимия крови: холестерин, билирубин, АлТ	Серологич. и бактериол. исслед.	Анализы не в полном объеме	Только ОАК, ОАМ	
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	

Количество и наименование ЛПУ, осуществляющих периодические медицинские осмотры _____, из них имеют лицензию на проведение экспертизы профпригодности _____.

1.3. Список лиц с предварительными диагнозами профессиональных заболеваний, выявленными при ПМО в МУЗ _____ за 20 ____ г.

№ п/п	Предприятие	Ф. И. О.	Возраст	Профессия	Код вредного фактора (Пр.№83-04, 338-05)	Стаж во вредных условиях труда	Диагноз (шифр МКБ-Х)	Заполнено извещение ф.338-1/у-01	Направлено в ТОЦПП

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1.4. Список лиц, направленных на СТАЦ. ЛЕЧЕНИЕ во время проведения ПМО МУЗ

в 20 _____ г.

№ п/п	Ф. И. О.	Возраст	Место работы, профессия	Стаж во вредных условиях труда	Код вредного фактора (Прию №83-04, №338-05)	Диагноз (шифр МКБ-Х)	Диагноз выявлен при		Рекомендован перевод на др. работу с искл. вредного фактора	Направлен	
							ПМО	ДД		в ЛПУ	в ТОЦПП
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
							+	-			
Всего:											

Сводный отчет по профессиональным заболеваниям МУЗ _____ в _____ квартале 20_____ г.

Наименование	№ строки	Число больных с впервые установленным диагнозом	
		всего	В том числе женщин
1	2	3	4
Профессиональные заболевания (отравления), всего	01		
В том числе:	02		
Острые профессиональные заболевания (отравления)			
Из них со смертельным исходом	03		
Хронические профессиональные заболевания (отравления)	04		
Из стр. 01 число лиц с двумя и более зарегистрированными заболеваниями (отравлениями) в отчетном году	05		

Руководитель организации _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

МП

Должностное лицо, ответственное за составление формы _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

_____ (номер контактного телефона с указанием кода, факс, E-mail)

_____ (дата составления документа)

Временная форма внесения записи о прохождении предварительных и периодических медицинских осмотров в личную медицинскую книжку

Наименование медицинской организации, проводившей
предварительный или периодический медицинский осмотр
Заключение комиссии от «__» _____ г.
к работе допущен (не допущен)
«__» _____ г. подпись ФИО врача
Печать медицинской организации, проводившей
предварительный или периодический медицинский осмотр

Даильнев В.И.

Медведева О.П. виза согласования прилагается

Елисеева Ю.Б. виза согласования прилагается

Кулагин В.В. виза согласования прилагается

Панова И.В. виза согласования прилагается