Управление образованием

Полевского Городского округа

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**ПОЛЕВСКОГОГОРОДСКОГО ОКРУГА**

**«СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 8»**

==================================================================

****

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**о порядке прохождения обязательных предварительных при поступлении на**

**работу и периодических медицинских осмотров**

**1. Общие положения.**

* 1. Настоящее Положение разработано в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н от 12 апреля 2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования),

1.2.Обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу проводятся с целью определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе, а также с целью раннего выявления и профилактики заболеваний.

1.3. Обязательные периодические медицинские осмотры проводятся в целях:

- динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления заболеваний, начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников,

формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний;

- выявления заболеваний, состояний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний;

- своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников;

- своевременного выявления и предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;

- предупреждения несчастных случаев на производстве.

1.4. Внеочередные медицинские осмотры (обследования) проводятся на основании медицинских рекомендаций, указанных в заключительном акте медицинской организации.

1.5. Предварительные и периодические медицинские осмотры работников проводятся лечебно профилактическими учреждениями (организациями), имеющими право на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров, а также на экспертизу профессиональной пригодности в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и имеющими соответствующую лицензию и сертификат.

1.6. Организацию проведения периодических осмотров работников осуществляет работодатель (специалист по охране труда).

1.9. Оплата периодических медицинских осмотров работников осуществляется за счет средств работодателя.

1.10. В случае уклонения работника от прохождения обязательного периодического медосмотра либо не прохождения им медосмотра в установленные сроки, работник отстраняется от работы без сохранения заработной платы в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Работник отстраняется от работы (не допускается к работе) при выявлении у него в соответствии с медицинским заключением, противопоказаний для выполнения работником работы, обусловленной трудовым договором.

1.11. Контроль за своевременным прохождением медосмотра (обследования) осуществляет специалист охраны труда.

1.12. Поскольку медосмотр проводится в рабочее время, готовится проект приказа о направлении работников для прохождения периодического медосмотра в согласованные с медицинской организацией сроки.

1.13. Ответственность за качество проведения предварительных и периодических осмотров работников возлагается на медицинскую организацию.

**2. Порядок проведения предварительных медицинских осмотров.**

2.1. Для прохождения предварительного осмотра лицо, поступающее на работу в МАОУ ПГО «СОШ № 8» (далее – ОУ) представляет в медицинскую организацию следующие документы:

* направление на медицинский осмотр (приложение №1);
* паспорт, удостоверяющий его личность;
* СНИЛС;
* выписку из медицинской карты;
* иные документы.

2.2. На лицо, проходящее предварительный осмотр, в медицинской организации оформляются медицинская карта амбулаторного больного и медицинская карта (лица, поступающего на работу). В период проведения осмотра медицинская карта хранится в медицинской организации. По окончании осмотра медицинская карта выдается работнику (лицу, поступающему на работу) на руки, (приложение № 2).

2.3. Предварительный осмотр является завершенным в случае осмотра лица, поступающего на работу, всеми врачами-специалистами, полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных Приказом Минздрава РФ от 12.04.2011 № 302н.

2.4. По окончанию прохождения лицом, поступающим на работу, предварительного осмотра медицинской организацией оформляется заключение по результатам предварительного медицинского осмотра (приложение № 5).

2.5. Заключение подписывается председателем медицинской комиссии с указанием фамилии и инициалов и заверяется печатью медицинской организации, проводившей медицинский осмотр.

2.6. Заключительный акт направляется:

* работодателю;
* в центр профпатологии субъекта РФ;
* ФСС России;
* территориальный орган Роспотребнадзора

2.7. Лицо, прошедшее предварительный медицинский осмотр, принимаемое на работу, представляет заключение по результатам предварительного медицинского осмотра специалисту по охране труда.

2.8. В случае положительного результата (медицинские противопоказания не выявлены) прохождения медицинского осмотра (обследования) лицом, поступающим на работу, специалист по кадрам подготавливает приказ о его дальнейшем трудоустройстве.

2.9. В свою очередь, заключение по результатам периодического медосмотра необходимо готовить в 5 экземплярах. Не позднее 5 рабочих дней заключение:

* выдаётся работнику; приобщается к медицинской карте, оформляемой в медицинской организации, в которой проводился предварительный или периодический осмотр;
* направляется работодателю;
* в медицинскую организацию, к которой работник прикреплён для медицинского обслуживания;
* направляется по письменному запросу в ФСС с письменного согласия работника.

**3. Порядок проведение периодических медицинских осмотров.**

3.1. Периодические осмотры проводятся не реже чем 1 раз в год, указанные в Перечне факторов и Перечне работ, указанных в Приложении № 2 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. N 302н.

3.2. Периодические осмотры проводятся в соответствии со списками, разработанными с учетом контингента работников, подлежащих периодическим осмотрам с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также видом работы.

3.3. Поименные списки (приложение № 4) составляются на основании утвержденного списка контингента работников, подлежащих прохождению периодического медицинского осмотра.

3.4. Письмом за подписью директора ОУ (Приложение № 7) список контингента, а также поименный список, утвержденных директором ОУ, в 10-дневный срок направляется в территориальный орган на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора по фактическому месту нахождения работодателя на рассмотрение полноты и достоверности информации.

3.5. Список контингента и поименный список, рассмотренный территориальным органом Роспотребнадзора, не позднее, чем за 2 месяца до согласованной с медицинской организацией датой начала проведения периодического осмотра, направляются работодателем в медицинскую организацию для составления договора по оказанию медицинских услуг.

3.6. Бухгалтерия ОУ на основании договора и выставленных счетов медицинской организации производит оплату за фактическое количество обследованных работников.

3.7. Врачебная комиссия медицинской организации на основании указанных в поименном списке вредных производственных факторов или работ определяет необходимость участия в предварительных и периодических осмотрах соответствующих врачей-специалистов, а также виды и объемы необходимых лабораторных и функциональных исследований.

3.8. Перед проведением периодического осмотра директор ОУ (специалист по охране труда) вручает лицу, направляемому на периодический осмотр:

* направление на периодический медицинский осмотр;
* медицинскую карту;
* бланк добровольного согласия пациента на прохождение медицинского осмотра, на медицинское вмешательство;
* согласия пациента на обработку его персональных данных.

3.9. Направление заполняется на основании утвержденного работодателем списка контингента. Направление подписывается специалистом по охране труда (иным уполномоченным лицом) с указанием его должности, фамилии, инициалов.

3.10. Медицинская организация в 10-дневный срок с момента получения от работодателя поименного списка (но не позднее, чем за 14 дней до согласованной с работодателем датой начала проведения периодического осмотра, на основании указанного поименного списка, составляет календарный план проведения периодического осмотра. Календарный план согласовывается медицинской организацией с директором ОУ и утверждается руководителем медицинской организации.

3.11. Работодатель (доверенное лицо) не позднее чем за 10 дней до согласованной с медицинской организацией датой начала проведения периодического осмотра знакомит работников школы о дате и месте прохождения периодического медицинского осмотра.

3.12. Для прохождения периодического осмотра работник обязан прибыть в медицинскую организацию (или на территории ОУ) в день, установленный календарным планом, и предъявить медицинской организации следующие документы:

* направление;
* паспорт;
* медицинская карта;
* СНИЛС;
* подписанное работником добровольное согласие пациента на прохождение медицинского осмотра, на медицинское вмешательство;
* согласие пациента на обработку его персональных данных (приложение № 8);
* иные документы (при необходимости)

3.13. На работника, проходящего периодический осмотр, в медицинской организации заполняются следующие документы:

- медицинская карта амбулаторного больного (медицинская карта хранится в установленном порядке в медицинской организации);

- медицинская карта работника с заполненными пунктами 11-14 (в период проведения осмотра паспорт здоровья хранится в медицинской организации, по окончании осмотра паспорт здоровья выдается работнику на руки.)

3.14. Периодический осмотр является завершенным в случае осмотра работника всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных в Перечне факторов или Перечне работ.

3.15. По окончании прохождения ПМО медицинской организацией оформляется заключение периодического медицинского осмотра (приложение № 5).

3.16. На основании результатов периодического осмотра определяется принадлежность работника к одной из диспансерных групп, в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, с последующим оформлением в медицинской карте и паспорте здоровья, рекомендаций по профилактике заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний, а при наличии медицинских показаний - по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации.

3.17. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету в лечебно-профилактических организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.18. Медицинская организация, с которой работодатель не пролонгировал договор на проведение предварительных и (или) периодических осмотров работников, по письменному запросу работодателя должна передать по описи медицинские карты работников в медицинскую организацию, с которой работодатель в настоящий момент заключил соответствующий договор.

3.19. Центр профпатологии на основании письменного запроса медицинской организации, с которой работодателем заключен договор на проведение периодических медицинских осмотров, передает в 10-дневный срок со дня поступления запроса указанной медицинской организации медицинские карты работников. К запросу в обязательном порядке прилагается копия договора на проведение предварительных и (или) периодических осмотров.

3.20. В случаях затруднения определения профессиональной пригодности работника в связи с имеющимся у него заболеванием и с целью экспертизы профессиональной пригодности медицинская организация направляет работника в областной центр профпатологии на дообследование с целью завершения экспертизы профпригодности.

3.21. По итогам проведения осмотров медицинская организация не позднее чем через 30 дней после завершения периодического медицинского осмотра обобщает результаты проведенных периодических осмотров работников и составляет заключительный акт установленной формы (Приложение № 6).

3.22. Заключительный акт утверждается председателем врачебной комиссии и заверяется печатью медицинской организации. Заключительный акт составляется в четырех экземплярах, которые направляются медицинской организацией в течение 5 рабочих дней с даты утверждения акта работодателю, в центр профпатологии субъекта Российской Федерации, территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

3.23. Один экземпляр [заключительного акта](/77664243/e21d36dd59d557f67db63a47391d35b1/#block_90000) хранится в медицинской организации, проводившей периодические осмотры, в течение 50 лет.

**4. Отстранение от работы работника, не прошедшего медицинский осмотр**

4.1. Согласно ст. 76 ТК РФ директор ОУ обязан отстранить от работы (не допускать к работе) работника:

- не прошедшего в установленном порядке обязательный медицинский осмотр;

- не прошедшего в установленном порядке обязательные прививки и обследования

- при выявлении в соответствии с медицинским заключением противопоказаний для выполнения работником работы, обусловленной трудовым договором.

4.2. Специалист по охране труда своей служебной запиской ставит в известность директора ОУ кто не прошел плановый медицинский осмотр, вакцинацию и обследования (ФГР) в сроки и не имеет соответствующей отметки в медицинской книжке. ходатайствует об отстранении работников, не прошедших медосмотр.

4.3. Отстранение работника, не прошедшего медицинский осмотр, оформляется приказом директора ОУ.

4.4. После прохождения медосмотра и представления медицинского заключения специалист по кадрам оформляет приказ о допуске работника к работе.

**5. Ответственность**

5.1. Директор несет ответственность за допуск к работе лиц, не прошедших предварительный или периодический осмотр либо не допущенных к работе по медицинским показаниям.

5.2 Специалист по кадрам:

- - контролирует наличие заключения медицинского осмотра у вновь поступающих на работу;

- обеспечивает хранение в личном деле работника, выданного медицинской организацией заключения медицинского осмотра на каждого работника (допускается хранение заключения медицинского осмотра у специалиста по охране труда).

5.3. Специалист охраны труда (уполномоченный за организацию и проведение периодических медицинских осмотров):

- несет ответственность за своевременную подготовку направлений для работников вновь поступающих на работу и подлежащих прохождению предварительного медицинского осмотра, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством;

- несет ответственность за своевременную подготовку поименного списка и контингента работников, подлежащих прохождению медицинского осмотра;

- участвует в составлении заключительного акта (в пределах своей компетенции) совместно с лечебно-профилактической организацией и с территориальным органом федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- контролирует заключение медицинского осмотра на каждого работника по итогам прохождения периодического медосмотра;

- обеспечивает хранение выданных медицинской организацией по результатам осмотра заключительного акта периодических медицинских осмотров

- оказывает информационно-разъяснительную поддержку работникам по вопросам прохождения медицинского осмотра;

- осуществляет контроль за своевременным прохождением работников ОУ медицинских осмотров в соответствии с установленным законодательством порядком.

- несет ответственность за своевременную подготовку прохождения работниками школы обследований (ФГР) и вакцинации;

- контролирует наличие медицинских книжек с необходимыми медосмотрами у вновь поступающих на работу

- несет ответственность за хранение медицинских книжек;

- контролирует правильность и полноту отраженной в медицинских книжках информации.

5.4 Главный бухгалтер несет ответственность за своевременную оплату прохождения медицинского осмотра работниками в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.

5.5.Секретарь - делопроизводитель несет ответственность за своевременное ознакомление работников ОУ с приказами по прохождению медицинских осмотров и тиражирование необходимой документации для прохождения периодических медосмотров (направление, медицинской карты, список контингента и т.п.).

5.6. Работники ОУ и лица, поступающие на работу, несут ответственность за своевременное прохождение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.

**6. Заключительные положения**.

6.1. Настоящее Положение вводится в действие приказом директора ОУ с учетом мнения председателя первичной профсоюзной организации и может быть пересмотрено не реже чем через 5 лет.

6.2. Положение может быть досрочно пересмотрено в следующих случаях:

- при введении в действие новых или изменении законодательных и иных нормативных правовых актов, содержащих требования охраны труда;

- по требованию представителей органов по труду субъектов Российской Федерации или органов федеральной инспекции труда.

6.3. Если в течение 5 лет со дня утверждения (введения в действие) настоящего положения требования к порядку прохождения медицинских осмотров не изменяются, то его действие продлевается на следующие 5 лет.

.

*Положение разработал(а): специалист по охране труда* Демьянова В.В.

Приложение № 1

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

|  |  |
| --- | --- |
|  (наименование медицинской организации) (адрес) | Медицинская документацияФорма № 004-П/У |

|  |  |
| --- | --- |
| Код ОГРН |  |

**Направление на профилактический медицинский осмотр работника**

1. Дата направления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата осмотра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Цель направления: предварительный, периодический, внеочередной, углубленный медосмотр (нужное подчеркнуть)

4. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

6. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Число, месяц, год рождения

СНИЛС\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер, код (серия) территории и страховой организации страхового полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Место работы:

8.1. Полное наименование организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.2. Вид экономической деятельности по ОКВЭД: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.3. Наименование структурного подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Профессия (должность) (в настоящее время): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Профессия (должность) (на которую принимается на работу)\*\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Стаж работы:

11.1. общий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет)

11.2. в профессии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет)

11.3. во вредных условиях труда за весь период трудовой деятельности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(лет) (обязательно)

12. Характеристика условий труда на рабочем месте:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование факторов производственной среды и трудового процесса | Код фактора по приказу МЗ и СР РФ от 12.04.2011 № 302н) | Уровень фактора по результатам лабораторного контроля | Класс условий труда |
| 12.1. |  |  |  |  |
| 12.2. |  |  |  |  |
| 12.3. |  |  |  |  |
| 12.4. |  |  |  |  |

Ответственное лицо,

составившее направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись (должность, Фамилия, инициалы)

СНИЛС\* - страховой номер индивидуального лицевого счета (страховое пенсионное свидетельство)

\*\* - заполняется только при оформлении направления на предварительный медицинский осмотр

**.**

Приложение № 2

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

|  |  |
| --- | --- |
|  (наименование медицинской организации) (адрес) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Код ОГРН |  |

**ВЫПИСКА**

**из медицинской карты профосмотра**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
|  |  |
| **Имя** |  |
|  |  |
| **Отчество** |  |
|  |  |
| **Пол** муж., жен. | Дата рождения: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)** |  |
|  |
|  |
|  |
| **Номер страхового полиса ОМС** |  |
|  |
| **Место работы** |  |
|  |
| **Профессия (должность) (в настоящее время)**  |  |
|  |
|  |
| **Условия труда (в настоящее время)** |
| Наименование производственного фактора, профессии (работы) с указанием кода\*\* | Стаж работы с фактором |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Результаты предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Осмотры(обследования) | Дата выполнения | Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано) |
|  |  |  |  |
| 1. | Терапевт |  |  |
|  |  |  |  |
| 2. | Невролог |  |  |
|  |  |  |  |
| 3. | Офтальмолог |  |  |
|  |  |  |  |
| 4. | Хирург-онколог |  |  |
|  |  |  |  |
| 5. | Отоларинголог |  |  |
|  |  |  |  |
| 6. | Аудиометрия |  |  |
|  |  |  |  |
| 7. | Дерматовенеролог |  |  |
|  |  |  |  |
| 8. | Гинеколог  |  |  |
|  |  |  |  |
| 9. | Стоматолог  |  |  |
|  |  |  |  |
| 10 |  Психиатр |  |  |
|  |  |  |  |
| 11. | Нарколог |  |  |
|  |  |  |  |
| Ds: |  |
|  |
| 2. Результаты лабораторных исследований: |
| 2.1. Общий анализ крови от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |
| Эритроциты \_\_\_\_\_\_\_\_ 10/12/л, гемоглобин \_\_\_\_\_\_\_\_ г/л, Ц.П. \_\_\_\_\_\_\_\_, лейкоциты \_\_\_\_\_\_\_\_ 10/9/л, ретикулоциты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, эритроциты с базофильной зернистостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тромбоциты \_\_\_\_\_\_\_\_\_109/л., СОЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Сифилис RPR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.2. Общий анализ мочи от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |
| Глюкоза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уд. вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, эритроциты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, рН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, белок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лейкоциты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| 2.3. Биохимический анализ крови от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |
| Глюкоза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моль/л, холестерин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моль/л, билирубин общ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моль/л,Трансаминазы: АЛТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е/л, АСТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е/л. |
| Карбоксигемоглобин от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |
| Метгемоглобин от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |
| 2.4. АЛК мочи от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мкммоль/л. |
| 2.5. Электрокардиограмма от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |
| Заключение: Синусовый ритм\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.6. Спирометрия от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. Заключение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.7. Цифровая рентгенография органов грудной клетки от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |
| Заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.8. Мазок на флору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.: лейкоциты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_эпителий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, слизь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, флора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, трихомонады не обнар., гонококки не обнар. |
| 2.9. Цитологическое исследование от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.Заключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.10 Анализ кала на гельминты от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Заключение по результатам предварительного или периодического медицинского осмотра: - медицинские противопоказания к работе не выявлены/ выявлены/ заключение не дано (соответствующее подчеркнуть).  |
| 4. Группа здоровья: I группа, II группа, IIIа группа, IIIб группа (соответствующее подчеркнуть). |
| 5. Рекомендации по результатам ПМО (направление в специализированное или профпатологическое медицинское учреждение; использование СИЗ, или др.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Председатель врачебной комиссии, профпатолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  |
|  (ФИО) (Подпись)  |

 (ФИО, должность) (Подпись

Приложение № 3

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  | УУТВЕРЖДАЮ |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Список контингентов подлежащих предварительным и периодическим медицинским осмотрам по состоянию на « » \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Организация: Муниципальное общеобразовательное учреждение Полевского городского округа «Средняя общеобразовательная школа № 20» |
|  | Юридический адрес:Фактический адрес: Количество профессий: ОКВЭД: ОКПО: ИНН: Количество работающих всего: 00в том числе женщин: 00- из них работников до 18 лет: 00- из них работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности: 00 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  | Приказ (распоряжение) | Приказ № -Д от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |

(дата, номер распорядительного документа, если документов несколько, то указываются все)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Цех, участок, отдел, производство | Профессия(Должность) | Код по ОК 016-94 | Факторы производственной среды (ФПС) и факторы трудового процесса (ФТП) в соответствии с Приказом № 302н | № прил. и пункт приказа № 302н | Численность работающих | Количество лиц, подлежащих осмотру |
| Всего | в т.ч. жен | Всего  | в ЛПУ | В Центре профессиональной патологии |
| Всего | Участники аварийных ситуаций или инцидентов | Работники, занятые на работах с ФПС и ФТП с разовым или многократным превышением ПДК (ПДУ) по действующему фактору | Работники, имеющие (имевшие) заключение о предварительном диагнозе профессионального заболевания, лица со стойкими последствиями несчастных случаев на производстве, лица из группы повышенного риска развития профессиональных заболеваний | Работники, имеющие решения врачебной комиссией о специальных условиях проведение ПМО (иная периодичность, объём исследований, уровень медицинской организации и пр.) | Работники, на рабочих местах которых отсутствует информация о концентрациях, уровнях, параметрах ФПС и ФТП 1 год и более |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 1. |  |  |  | Работа в образовательном учреждении | Прил.2 п.18 |  |  |  |  |  |  | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Подписи членов комиссии, участвовавших в определении контингентов:

Приложение № 4

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Утверждаю:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Директор**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(подпись)( ФИО) |  |  |  |
|  |  | **Поименный список лиц, подлежащих медицинскому осмотру в ЛПУ на 20\_\_\_. г.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата, месяц, год рождения | Профессия  | Стаж работы | Вредные и опасные производственные факторы | фактический уровень фактора (мг/м³, В/м и пр.) |   | номер пункта по приказу МЗ РФ | Дата последнего медицинского осмотра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| название | код | в контакте с вредными факторами производственной среды и трудового процесса (общий) | в контакте с вредными факторами производственной среды и трудового процесса (в организации) | класс условий труда | в ЛПУ | в ЦПП |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   | 11 | 12 | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  | работа в образовательном учреждении |  | 2 | прил. 2 п.18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | работа в образовательном учреждении |  |  | прил. 2 п.22 |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | работа в образовательном учреждении |  |  | прил. 2 п.18 |  |  |

Приложение № 5

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социальногоразвития Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес) | Медицинская документацияФорма № 003-П/У |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Заключение предварительного (периодического)** **медицинского осмотра (обследования)[[1]](#endnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Фамилия Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Имя |
|  | Отчество |
| 2. |  Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) |
| 2. | Место работы: |
| 2.1. | Предприятие |
| 2.2. | Цех, участок |
| 3. | Профессия (Должность) (в настоящее время)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. | Вредный производственный фактор (профессия, работа)\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. | Результаты проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано\*\* (соответствующее подчеркнуть)  |
| 6. | Заключение: - годен к работе в указанной профессии, в контакте с заявленными производственными факторами и (или) работами- годен с ограничениями к работе в указанной профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, не годен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(соответствующее подчеркнуть) |
| 7. | Решение врачебной комиссии (ВК) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Председатель медицинской комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(Ф.И.О.) (подпись.)

Печать медицинской организации «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Подпись работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (Ф.И.О.)

 Передается работодателю и приобщается к личному делу работника (освидетельствуемого)

Приложение № 6

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес) | Медицинская документацияФорма № 004-П/У |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников

(наименование предприятия, организации, цеха)

**в лечебно-профилактическом учреждении за 20\_\_\_\_г.**

составлен заключительный акт при участии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Председателя врачебной комиссии | Профпатолог  |  |
| Представителя работодателя | Специалист по охране труда |  |
| Представителя трудового коллектива | Председатель первичной профсоюзной организации |  |
| Представителя Управления Роспотребнадзорапо Свердловской области  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Должность  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО |
| всего,  |  |
| 1. Число работников предприятия: в том числе женщин |  |
| в том числе работников в возрасте до 18 лет | 0 |
| в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности | 0 |

2. Число работников предприятия, работающих с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, а также в профессиях (работах)\*:

|  |  |
| --- | --- |
| всего,  | 0 |
| в том числе женщин | 0 |

3. Число работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию), работающих в контакте с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, а также в профессиях (работах)\* в данном году:

|  |  |
| --- | --- |
| всего,  |  |
| в том числе женщин |  |
| в том числе работников в возрасте до 18 лет | 0 |
| в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности | 0 |

4.1. Число работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию) в ЛПУ,

работающих в контакте с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, а также в профессиях (работах)\* в данном году:

|  |  |
| --- | --- |
| всего,  |  |
| в том числе женщин |  |
| в том числе работников в возрасте до 18 лет | 0 |
| в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности | 0 |

4.2. Число работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию) в центре профпатологии, работающих в контакте с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, а также в профессиях (работах)\* в данном году:

|  |  |
| --- | --- |
| всего,  | 0 |
| в том числе женщин | 0 |
| в том числе работников в возрасте до 18 лет | 0 |
| в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности | 0 |

5. Число работников, прошедших периодический медицинский осмотр:

|  |  |
| --- | --- |
| всего,  |  |
| в том числе женщин |  |
| в том числе работников в возрасте до 18 лет | 0 |
| в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности | 0 |

6. % охвата осмотрами:

|  |  |
| --- | --- |
| всего,  | 0 |
| в том числе женщин | 0 |
| в том числе работников в возрасте до 18 лет | 0 |
| в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности | 0 |

7. Число работников, не завершивших периодический медицинский осмотр (обследования):

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  | 0 |

8. Число работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):

|  |  |
| --- | --- |
| всего,  | 0 |
| в том числе женщин | 0 |
| в том числе работников в возрасте до 18 лет | 0 |
| в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности | 0 |
| **в том числе по причине:** | 0 |
| больничный лист | 0 |
| командировка | 0 |
| очередной отпуск | 0 |
| увольнение | 0 |
| ПМО в др. ЛПУ | 0 |

9. Список работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия | Причина |
|  |  | работа в образовательном учреждении |  |

10. Список работников, прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Пол | Дата рождения | Структурное подразделение | Профессия | Заключение медицинской комиссии |
|  |  | ж |  | работа в образовательном учреждении |  |  |

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

11.1. Сводная таблица №1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результаты | Всего | В т. ч. женщин |
| Число лиц, не имеющих противопоказания к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, работами (профессиями) |  |  |
| Число лиц, имеющих временные медицинские противопоказания к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, работами (профессиями)\*\* | 0 | 0 |
| Число лиц, имеющих постоянные медицинские противопоказания к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, работами (профессиями)\*\* | 0 | 0 |
| Число лиц с подозрением на профессиональное заболевание | 0 | 0 |
| Число лиц из группы повышенного риска развития профессиональных заболеваний | 0 | 0 |
| Число лиц, нуждающихся в проведении доп. (заключение не дано) | 0 | 0 |
| Число лиц, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии | 0 | 0 |
| Число лиц, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении |  |  |
| Число лиц, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении | 0 | 0 |
| Число лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении | 0 | 0 |
| Число лиц, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании | 0 | 0 |
| Число лиц, нуждающихся в диетическом питании | 0 | 0 |
| Число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении | 0 | 0 |

11.2 Выявлено лиц с подозрением на профессиональное заболевание:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Пол | Дата рождения | Подразделение предприятия | Профессия, должность | Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы |
|  | Нет  |  |  |  |  |  |

11.3 Выявлено лиц из группы повышенного риска развития профессиональных заболеваний:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Пол | Дата рождения | Подразделение предприятия | Профессия, должность | Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы |
|  | Нет  |  |  |  |  |  |

11.4 Выявлено впервые в жизни хронических соматических заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Класс заболевания по МКБ-X | Всего |
|  | D50.9 | 3 |

11.5 Выявлено впервые в жизни хронических профессиональных заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Класс заболевания по МКБ-X | Всего |
|  | Нет  |  |

12. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта от « » \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников за 201 год, изложенным в письме ЗАО «» от .20\_\_\_\_\_\_ г. № (копия письма прилагается к настоящему Акту):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Мероприятия | Выполнено (не выполнено, выполнено частично) \*\*\* |
| 1 | Организационные: |  |
| 2 | Технические: |  |
| 3 | Лечебно-профилактические: |  |
| 3.1. | Дообследование |  |
| 3.2. | Обследование в центре профпатологии |  |
| 3.3. | Лечение и обследование амбулаторное |  |
| 3.4. | Лечение и обследование стационарное |  |
| 3.5. | Санаторно-курортное лечение |  |
| 3.6. | Лечебно-профилактическое питание |  |
| 3.7. | Диетическое питание |  |
| 3.8. | Взято на диспансерное наблюдение  |  |
| 4 | Санитарно-гигиенические: |  |
| 5 | Разработка программ и планов: |  |
| 6 | Другие мероприятия: |  |

 13. Рекомендации работодателю по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников (организационные, технические, лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические, разработка программ и планов, другие мероприятия):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Мероприятия | Срок выполнения |
| 1. | Лечебно-профилактические: Обеспечить выполнение мероприятий в соответствии с индивидуальными медицинскими заключениями (см. п.10) | В течение 20\_\_\_ г. |
| 1.1. | Дополнительное обследование (см. п.13.3.1), после чего обеспечить выполнение мероприятий в соответствии с индивидуальными медицинскими заключениями | прибавить 3 мес. к дате закл. акта (или не требуется) |
| 1.2 | Направить на обследование в центр профпатологии (см. п. 13.3.2) | Не требуется  |
| 1.3. | Лечение и обследование амбулаторное (см. п.13.3.3) | прибавить 3 мес. к дате закл. акта (или не требуется) |
| 1.4. | Лечение и обследование в стационаре (см. п.13.3.4) | Не требуется  |
| 1.5. | Санаторно-курортное лечение (см. п.13.3.5) | Не требуется |
| 1.6. | Лечебно-профилактическое питание (см. п.13.3.6) | Не требуется  |
| 1.7. | Диетическое питание (см. п.13.3.7) | Не требуется  |
| 1.8. | Взято на диспансерное наблюдение (см. п.13.3.8) | В течение 20\_\_\_ г. |

13.3.1. Число работников, направленных на дообследование:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  |  |

13.3.2. Число работников, направленных на обследование в центре профпатологии:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  |  |

13.3.3. Число работников, направленных на лечение и обследование амбулаторное:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 00/00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  | работа в образовательном учреждении |
|  |  | работа в образовательном учреждении |

13.3.4. Число работников, направленных на лечение и обследование стационарное:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  |  |
|  |  |  |

13.3.5. Число работников, направленных на санаторно-курортное лечение:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 0 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия | Профиль санатория |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

13.3.6. Число работников, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  |  |
|  |  |  |

13.3.7. Число работников, нуждающихся в диетическом питании:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 0 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  |  |

13.3.8. Число работников, взятых на диспансерное наблюдение:

|  |  |
| --- | --- |
| всего  | 00/00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Подразделение предприятия |
|  |  | работа в образовательном учреждении |
|  |  | работа в образовательном учреждении |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Председатель** **врачебной комиссии** |  | **Профпатолог**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись |
| **Директор** **Медико-санитарной части**  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись |
| М.П. |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Представитель****трудового коллектива** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись |
| **Представитель** **Управления Роспотребнадзора** **по Свердловской области** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись |
| **Директор** **МБОУ ПГО "СОШ № 20"** | **Л.В. Журавлева** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись |
| Печать организации  |  |  |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

\* Заполняется по данным работодателя

\*\* Перечислить коды вредных и/или опасных производственных факторов и работ (профессий) в соответствии с Приложением №1 и №2 к приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. №302н

\*\*\* Указывается абсолютное количество человек и процент от подлежащих

Приложение № 7

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЕМПОЛЕВСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА**Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение Полевского городского округа «Средняя общеобразовательная школа №8»****(МАОУ ПГО «СОШ № 8»)**Челюскинцев, д.1, г.Полевской,Свердловская область, 623389Телефон/факс 8(34350) 2-31-78e-mail: school8\_pl@mail.ruИНН/КПП 6626009988/ 667901001ОГРН № 1026601607031№ от « » \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  | Главному государственному санитарному врачу по Чкаловскому району г.Екатеринбурга, в г.Полевской и в Сысерстком районе, начальнику территориального отдела Управления Роспотребналзора по Свердловской области в Чкаловском районе г.Екатеринбурга, в г. Полевской и в Сысертском районе |

Письмо № 1

Для прохождения медицинского осмотра просим Вас рассмотреть правильность и обоснованность объёма перечня вредных факторов и разрешения в использовании этих документов для организации периодического медицинского осмотра в 20\_\_ г. и дать письменное заключение

1.Контингенты лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам в 20\_\_\_ году.

2.Поименный список лиц, подлежащих медицинскому осмотру в ЛПУ на 20\_\_\_\_год.

Письмо № 2

Просим Вас подписать заключительный акт по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников МАОУ ПГО «Средняя общеобразовательная школа № 8»

Директор школы:

.

Приложение № 8

к Положению о порядке прохожденияобязательных предварительных при поступлении на

работу и периодических медицинских осмотров

« » \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. **Информированное добровольное согласие**

**пациента на медицинское вмешательство**

Мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия имя отчество полностью)

в связи с прохождением предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования), даны полные и всесторонние разъяснения:

- о необходимых методах обследования , о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения,

 о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях.

 - Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

 - Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

2. Я доверяю медицинскому персоналу Медико-санитарной части \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства.

3. Содержание настоящего документа мне понятно, текст мною прочитан, что и удостоверяю своей подписью:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись пациента или его представителя)

Настоящее «Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство» составлено на основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ. а также в соответствии с положениями «Закона о защите прав потребителей»)

**Согласие пациента на обработку его персональных данных**

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку Медико- санитарной частью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее Оператор) моих персональных данных полученных при прохождении мною предварительного или периодического медицинского осмотра (обследования), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам; передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими; предоставление отчетных данных (документов) в Роспотребнадзор, Центры профпатологии, а также в другое лечебно профилактическое учреждение, в соответствии с Приказом Минсоцразвития № 302н от 12.04.2011.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

1. [↑](#endnote-ref-1)