
(наименование медицинской организации,
проводившей периодический медицинский осмотр)

(адрес ее местонахождения)

Код ОГРН

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

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ

от «__» _____ 20__ г.

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников

(наименование организации (предприятия), цеха)

за 20__ год составлен заключительный акт при участии:

Председателя
врачебной комиссии

(ФИО, должность)

Представителя работодателя

(ФИО, должность)

1. Общая численность работников:

всего

в том числе женщин

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
вследствие общего / профессионального заболевания

2. Численность работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда:

--

3. 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

в том числе женщин

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
вследствие общего / профессионального заболевания

4. Численность работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру:

всего

в том числе женщин

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
вследствие общего / профессионального заболевания

5. Численность работников, прошедших периодический медицинский осмотр:
 всего
 в том числе женщин
 работников в возрасте до 18 лет
 работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
 вследствие общего / профессионального заболевания

процент охвата работников периодическим медицинским осмотром:
 всего
 в том числе женщин

Список лиц, прошедших периодический медицинский осмотр:

№ п/п	Ф.И.О.	Пол М/Ж	Дата рождения	Профессия (должность)	Структурное подразделение (при наличии)	Заключение медицинской комиссии		
						Имеет медицинских противопоказаний к работе	Не имеет медицинских противопоказаний к работе	Заключение не дано (нуждается в дообследовании)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

6. Численность работников, не завершивших периодический медицинский осмотр:
 всего
 в том числе женщин
 работников в возрасте до 18 лет
 работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
 вследствие общего / профессионального заболевания

Список работников, не завершивших периодический медицинский осмотр:

№	Фамилия, имя, отчество	Подразделение предприятия
1	2	3

7. Численность работников, не прошедших периодический медицинский осмотр:
 всего
 в том числе женщин
 работников в возрасте до 18 лет
 работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
 в том числе не прошедших медосмотр по причине:

больничный лист
командировка
очередной отпуск
увольнение
отказ от прохождения

Список работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):
 (заполняется ЛПУ, проводившим ПМО, причина – заполняется работодателем)

№	Фамилия, имя, отчество	Подразделение предприятия	Причина
1	2	3	4

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

8.1 Сводная таблица №1:

Результаты периодического медицинского осмотра (обследования)	Всего	В том числе женщин
Численность работников, не имеющих медицинских противопоказаний к работе		
Численность работников, имеющих временные медицинские противопоказания к работе		
Численность работников, имеющих постоянные медицинские противопоказания к работе		
Численность работников, нуждающихся в проведении дополнительного обследования (заключение не дано)		
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		
Численность работников, направленных на медико-социальную экспертизу (по общему/профессиональному заболеванию)		

8.2 Список лиц с установленным предварительным диагнозом профессионального заболевания:

№ п/п	Ф.И.О.	Пол М/Ж	Дата рождения	Структурное подразделение (при наличии)	Профессия, (должность)	Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы*
1	2	3	4	5	6	7

8.3 Перечень впервые установленных хронических соматических заболеваний с указанием класса заболеваний по Международной классификации болезней – 10 (далее – МКБ-10):

№	Класс заболевания по МКБ-10	Количество работников
1	2	3

8.4 Перечень впервые установленных профессиональных заболеваний с указанием класса заболеваний по МКБ-10:

№	Класс заболевания по МКБ-10	Количество работников
1	2	3

