|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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 |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. 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 |  |

1. 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 |  |

1. 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 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** |
|  |  |  |

1. 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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 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) |  |  |

8.2Список 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |

8.3Перечень 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** |
|  |  |  |

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

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

1. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников**:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятия** | **Подлежало**  **(чел.)** | **Выполнено** | |
| чел. | % |
|  | Обследование в центре профпатологии |  |  |  |
|  | Дообследование |  |  |  |
|  | Лечение и обследование амбулаторное |  |  |  |
|  | Лечение и обследование стационарное |  |  |  |
|  | Санаторно-курортное лечение |  |  |  |
|  | Взято на диспансерное наблюдение |  |  |  |
|  | Направлено на медико-социальную экспертизу  (по общему / профессиональному заболеванию) |  |  |  |

1. Рекомендации работодателю по реализации комплекса оздоровительных мероприятий, включая профилактические и другие мероприятия:

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

Председатель

врачебной комиссии

(подкомиссии врачебной комиссии) врач профпатолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

(Ф.И.О., должность) (подпись)

Представитель работодателя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

(Ф.И.О., должность) (подпись)

\* Вредные и(или) опасные производственные факторы и работы: перечислить и указать пункты в соответствии с приложениями №1,2 к приказу МЗ СР РФ от 12.04.2011г №302н.