

Уважаемые коллеги!

Проведение экспертизы связи заболевания с профессией новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у медицинских работников в Ростовской области затруднено в связи с несвоевременным предоставлением в ГБУ РО «ЛРЦ № 2» полного пакета документов оформленного должным образом. Согласно приказу № 36н от 31.01.2019 года «Об утверждении порядка проведения экспертизы связи заболевания с профессией и формы медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания», Постановления Правительства РФ от 15.12.2000г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний», в центр профессиональной патологии для экспертизы связи заболевания с профессией направляет пакет документов, **врач - профпатолог** медицинской организации установивший предварительный диагноз профессионального заболевания.

Однако в большинстве медицинских организаций сбором пакета документов занимаются специалисты техники безопасности, бухгалтерии, отдела кадров. В результате в ГБУ РО «ЛРЦ № 2» направляется неполный пакет документов или документы оформленные не должным образом.

Для проведения экспертизы связи заболевания с профессией необходимо предоставить в ГБУ РО «ЛРЦ № 2» следующие документы:

1. Направление на экспертизу связи заболевания с профессией (Приложение № 1). В направлении в строке «Цель направления» указать для экспертизы связи заболевания с профессией;
2. Подлинник санитарно - гигиенической характеристики условий труда;
3. Выписку из амбулаторной карты в хронологическом порядке за всю трудовую деятельность с указанием диагнозов и периодов временной нетрудоспособности;
4. Данные предварительного и периодических медицинских осмотров. Предоставить в виде выписки с указанием даты и заключения о наличии или об отсутствии медицинских противопоказаний для работы (Приложение № 2);
5. Карту эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания;
6. Копии выписных, переводных, посмертного эпикризов из стационара специализированного по оказанию помощи больным COVID-19, с указанием клинического диагноза, данных обследования, подписанные лечащим врачом, заведующим профильным отделением и заверенные печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами;
7. Копию протокола патолого - анатомического вскрытия;
8. Копию результатов теста ПЦР;
9. Копию трудовой книжки;

Обращаем Ваше внимание, что согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» копии медицинских документов, изготавливаемые на бумажном носителе методом ксерокопирования, заверяются на последней странице отметкой «Копия верна», подписью ответственного **медицинского работника** с указанием его фамилии, инициалов, должности и даты выдачи копии, а также печатью, на оттиске которой должно

идентифицироваться полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в ее учредительных документах (уставе).

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» выписка из стационарной карты подписывается лечащим врачом, заведующим профильного отделения и заверяется печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительным документом.

Для проведения экспертизы связи заболевания с профессией принимается только полный пакет документов.

Заместитель главного врача по КЭР
Пустовая Наталья Геннадьевна
8 (863)623-54-99

Приложение к Порядку направления
пациентов на консультацию (госпитализацию)
в ГБУ РО «ЛРЦ № 2»,
утвержденному приказом минздрава РО
от 11.11.2019 г. № 3291

ФОРМА № 1

(Штамп направляющей медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ
На консультацию (госпитализацию)
В ГБУ РО «ЛРЦ № 2»
№ _____ от _____ 20__ г.

СРОК ДЕЙСТВИЯ 1 месяц

Ф.И.О. пациента _____

Пол _____ Возраст (год рождения) _____

Место жительства: город, район _____

Ул. _____ № дома _____ № квартиры _____

Место работы _____

Страховой медицинский полис:

Серия _____ № _____

Медицинская страховая организация _____

Данные паспорта: серия _____ № _____ дата выдачи _____

(данные документа удостоверяющего личность)

Кем выдан _____

На консультацию, госпитализацию, обследование _____

(нужное подчеркнуть)

наименование специальности консультанта,
профиля отделения необходимого
инструментального (лабораторного) обследования

Цель направления: _____

Диагноз основной: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Должность, подпись

Руководителя _____

М.П.

Подпись врача _____ (Ф.И.О.)

Штамп
медицинской
организации

Сведения о результатах
обязательных предварительных (при поступлении на работу)
и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских
осмотров

Фамилия, имя, отчество:

Число, месяц, год рождения:

Место работы:

Профессия:

Дата медицинского осмотра:

Заключение: (медицинские противопоказания
к работе выявлены или не выявлены)

Должность, фамилия, имя, отчество выдавшего справку

Дата, подпись

Печать медицинской организации