

Внимание! Приложение не было зарегистрировано в Минюсте РФ и приводится для ознакомления. Достоверность материалов подтверждается их наличием в базах правовых документов "Гарант" и "Консультант Плюс".

Приложение № 9
к Порядку проведения обязательных предварительных
(при поступлении на работу) и периодических
медицинских осмотров (обследований) работников,
занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и
(или) опасными условиями труда, утвержденному
приказом № 302н Минздравсоцразвития России от
12.04.2011 г.

ОБРАЗЕЦ

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

_____ (наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

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

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ от «___» _____ 20__ г.

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования)
работников _____
(наименование организации (предприятия), цеха)

за 20__ г. составлен заключительный акт при участии:

Председателя
врачебной комиссии _____
(ФИО, должность)

Представителя
работодателя _____
(ФИО, должность)

Представителя
трудового коллектива _____
(ФИО, должность)

1. Число работников организации (предприятия), цеха:
всего,

в том числе женщин
2. Число работников организации (предприятия), цеха, работающих с вредными и (или)
опасными веществами и производственными факторами, а так же на работах*:
всего,

в том числе женщин
3. Число работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию),
работающих в контакте с вредными и (или) опасными веществами и производственными
факторами, а так же на работах* в данном году:
всего,

--

в том числе женщин

4. Число работников, прошедших периодический медицинский осмотр (обследования):

всего,

в том числе женщин

5. % охвата периодическими медицинскими осмотрами:

всего,

в том числе женщин

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

всего,

в том числе женщин

Поименный список работников, не завершивших периодический медицинский осмотр (обследования):

№	Фамилия, имя, отчество	Подразделение предприятия

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

всего,

в том числе женщин

в том числе по причине:

больничный лист

командировка

очередной отпуск

увольнение

отказ от прохождения

Поименный список работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):

№	Фамилия, имя, отчество	Подразделение предприятия	Причина

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

8.1 Сводная таблица №1:

Результаты периодического медицинского осмотра (обследования)	Всего	В том числе женщин
Число лиц, профпригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ*		
Число лиц, временно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к видам работ*		
Число лиц, постоянно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, к		

видам работ*		
Число лиц нуждающихся в дообследовании (заключение не дано)		
Число лиц с подозрением на профессиональное заболевание		
Число лиц, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии		
Число лиц, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении		
Число лиц, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении:		
Число лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении		
Число лиц, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании		
Число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении		
Число лиц, нуждающихся в направлении на медико-социальную экспертизу		

8.2 Сводная таблица №2:

№	Ф. И. О.	Пол	Год рождения	Участок	Профессия	Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы, виды работ**	Стаж работы с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, виды работ**	Класс заболевания по МКБ-10, группа диспансерного наблюдения	Заболевание выявлено впервые	Профпригоден к работам*	Временно профнепригодно к работам*	Постоянно профнепригодно к работам*	Заключение не дано	Нуждается в обследовании в центре профпатологии	Нуждается в амбулаторном обследовании и лечении	Нуждается в стационарном обследовании и лечении	Нуждается в санаторно-курортном лечении	Нуждается в лечебно-профилактическом питании	Нуждается в диспансерном наблюдении	Нуждается в направлении на медико-социальную экспертизу

8.3 Выявлено лиц с подозрением на профессиональное заболевание:

№	Ф.И.О.	Подразделение	Профессия,	Вредные и (или)
---	--------	---------------	------------	-----------------

п/п	предприятия	должность	опасные вещества и производственные факторы

8.4 Выявлено впервые в жизни хронических соматических заболеваний:

№	Класс заболевания по МКБ-10	Количество работников (всего)

6.5 Выявлено впервые в жизни хронических профессиональных заболеваний:

№	Класс заболевания по МКБ-10	Количество работников (всего)

9. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта от «__» _____ 20__ г. по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников.

№	Мероприятия	Подлежало (чел.)	Выполнено	
			абс.	в %
1.	Обследование в центре профпатологии			
2.	Дообследование			
3.	Лечение и обследование амбулаторное			
4.	Лечение и обследование стационарное			
5.	Санаторно-курортное лечение			
6.	Диетпитание			
7.	Взято на диспансерное наблюдение			
8.	Направлено на медико-социальную экспертизу			

10. Рекомендации работодателю: санитарно-профилактические и оздоровительные мероприятия и т.п.: _____

Председатель

врачебной комиссии: _____

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

М.П.

С заключительным актом ознакомлен: _____

(подпись)

Руководитель организации (предприятия) _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

* Вредные и/или опасные производственные факторы и работы в соответствии с Перечнем вредных факторов, и Перечнем работ.

** Перечислить пункты вредных и/или опасных производственных факторов и работ в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ.