**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**

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ**

**от «30» декабря2013г.**

**По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников**

**Муниципального бюджетного учреждения средняя общеобразовательная школа № 1 сельского поселения «Село Троицкое» Нанайского муниципального района Хабаровского края**

|  |
| --- |
|  |

**(наименование предприятия, организации, цеха)**

**за 2013 г. составлен заключительный акт при участии:**

**Председателя врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ФИО, должность)**

**Представителя  работодателя М.В. Смирновой, директора МБОУ СОШ № 1 с.п. «Село Троицкое»**

**Представителя  трудового коллектива О.Г. Стальмаковой, председателя трудового коллектива**

**1. Число работников предприятия:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Всего**  | **92 чел** |  |
| **в том числе женщин**  | **79 чел** |  |
| **в том числе работников в возрасте до 18 лет**  | **0 чел** |  |
| **в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности 0чел. человек**  | **0 чел** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Всего**  | **6 чел** |
| **в том числе женщин** | **4 чел** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Всего** | **6 чел** |
| **в том числе женщин**  | **4 чел** |
| **в том числе работников в возрасте до 18 лет**  | **0 чел** |
| **в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности**  | **0 чел** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **всего,**  | **6 чел** |
| **в том числе женщин**  | **4 чел** |
| **в том числе работников в возрасте до 18 лет**  | **0 чел** |
| **в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности**  | **0 чел** |

**5. Число работников, прошедших периодический медицинский осмотр:**

|  |  |
| --- | --- |
| **всего,**  | **92 чел** |
| **в том числе женщин**  | **79 чел** |
| **в том числе работников в возрасте до 18 лет**  | **0 чел** |
| **в том числе работников, которым установлена стойкая утрата трудоспособности**  | **0 чел** |

**6. % охвата осмотрами:**

|  |  |
| --- | --- |
| **всего,**  | **100%** |
| **в том числе женщин**  | **72,7%** |
| **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 чел** |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **всего,**  |  **0чел** |  |  |
| **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** |  |  |
| **отказ от прохождения**  | **0** |  |  |

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

**отсутствует**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  | **Ф.И.О.**  | **Пол**  | **Дата рождения**  | **Структурное подразделение**  | **Профессия**  | **Заключение медицинской комиссии**  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

**11.1 Сводная таблица №1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Результаты**  | **Всего**  | **В том числе женщин**  |
| **Число лиц, профпригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, работами (профессиями)**[**\*\***](http://dogma.su/normdoc/rospotrebnadzor/medosmotr/detail.php?ID=6789#прим2) | **6** | **4** |
| **Число лиц, временно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, работами (профессиями)**[**\*\***](http://dogma.su/normdoc/rospotrebnadzor/medosmotr/detail.php?ID=6789#прим2) | **0** | **0** |
| **Число лиц, постоянно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, работами (профессиями)**[**\*\***](http://dogma.su/normdoc/rospotrebnadzor/medosmotr/detail.php?ID=6789#прим2) | **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 дополнительного обследования (заключение не дано)**  | **0** | **0** |
| **Число лиц, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии**  | **0** | **0** |
| **Число лиц, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении**  | **1** | **0** |
| **Число лиц, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении**  | **0** | **0** |
| **Число лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении**  | **0** | **0** |
| **Число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении**  | **1** | **0** |
| **Число лиц, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании**  | **0** | **0** |

**11.2 Выявлено лиц с подозрением на профессиональное заболевание: отсутствуют**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  | **Ф.И.О.**  | **Пол**  | **Дата рождения**  | **Подразделение предприятия**  | **Профессия, должность**  | **Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы**  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**11.3 Выявлено лиц из группы повышенного риска развития профессиональных заболеваний:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  | **Ф.И.О.**  | **Пол**  | **Подразделение предприятия**  | **Профессия, должность**  | **Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы**  |
| **1** | **Бортников А.В.** | **м** | **МБОУ СОШ № 1** | **учитель** |  **Освещение** |
|  |  |  |  |  |  |

**11.4 Выявлено впервые в жизни хронических соматических заболеваний: отсутствуют**

**11.5 Выявлено впервые в жизни хронических профессиональных заболеваний:отсутствуют**

13. Рекомендации работодателю по результатам проведенного периодического **медицинского осмотра (обследования) работников:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  | **Мероприятия**  | **Выполнено (не выполнено, выполнено частично)**  |
| **1**  | **Организационные:**  |  |
|  |  |  |
| **2**  | **Технические:**  | **Замена освещения в кабинете технологии.** |
|  |  |  |
| **3**  | **Лечебно-профилактические**[**\*\*\***](http://dogma.su/normdoc/rospotrebnadzor/medosmotr/detail.php?ID=6789#прим3)**:**  |  |
| **3.1.**  | **Дообследование**  |  |
|  |  |  |
| **3.2.**  | **Обследование в центре профпатологии**  | **---------** |
| **3.3.**  | **Лечение и обследование амбулаторное**  | **Пройти обследование амбулаторно.** |
| **3.4.**  | **Лечение и обследование стационарное**  | **-----------------------** |
| **3.5.**  | **Санаторно-курортное лечение**  | **------------------------** |
| **3.6.**  | **Лечебно-профилактическое питание**  | **-------------------------** |
| **3.7.**  | **Взято на диспансерное наблюдение**  | **-------------------------** |
| **4**  | **Санитарно-гигиенические:**  | **--------------------------** |
|  |  |  |
| **5**  | **Разработка программ и планов:**  | **Включить пункт замена, обновление освещения в кабинет технологии** |
| **6**  | **Другие мероприятия:**  |  |
|  |  |  |

**Председатель  врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

 **М.П. (ФИО, должность) (Подпись)**

**С заключительным актом ознакомлен:**

**Представитель трудового коллектива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(О.Г. Стаальмакова)**

 **(ФИО, должность) (Подпись)**

**Директор школы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (М.В. Смирнова )**

**(ФИО, должность) (Подпись)**

**М.П. «\_\_30\_\_\_» декабря 2013 год**