|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес) |  |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

 По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников

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

(наименование работодателя)

**в лечебно-профилактическом учреждении/центре профпатологии**

(нужное подчеркнуть)

за 20\_\_\_\_ г. составлен заключительный акт при участии:

Председателя

врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, должность)

Представителя

работодателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, должность)

Представителя

трудового коллектива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, должность)

Представителя Управления Роспотребнадзора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, должность)

1. Общая численность работников:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего,  |  |
|  в том числе женщин |  |
|  в том числе работников в возрасте до 18 лет |  |
| в том числе работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности |  |

2. Численность работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными

условиями труда

|  |  |
| --- | --- |
|  всего,  |  |
|  в том числе женщин |  |

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 в данном году:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего,  |  |
|  в том числе женщин |  |
|  в том числе работников в возрасте до 18 лет |  |
|  в том числе работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности |  |

4. Численность работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру (обследованию) в центре профпатологии, занятых на работах, при выполнении которых обязательно проведение периодических медицинских осмотров (обследований) в целях

охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний

в данном году:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего,  |  |
|  в том числе женщин |  |
|  в том числе работников в возрасте до 18 лет |  |
|  в том числе работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности |  |

5. Численность работников, прошедших периодический медицинский осмотр:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего,  |  |
|  в том числе женщин |  |
|  в том числе работников в возрасте до 18 лет |  |
|  в том числе работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности |  |

6. % охвата работников периодическим медицинским осмотром:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего,  |  |
|  в том числе женщин |  |
|  в том числе работников в возрасте до 18 лет |  |
|  в том числе работников, которым установлена стойкая степень  утраты трудоспособности |  |

7. Численность работников, не завершивших периодический медицинский осмотр:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |
|  в том числе женщин |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия(должность) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

8. Численность работников, не прошедших периодический медицинский осмотр:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего,  |  |
|  в том числе женщин |  |
|  в том числе работников в возрасте до 18 лет |  |
|  в том числе работников, которым установлена стойкая степень  утраты трудоспособности |  |
| в том числе по причине: |  |
|  больничный лист |  |
|  командировка |  |
|  очередной отпуск |  |
|  увольнение |  |
|  отказ от прохождения |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Пол | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия(должность) | Причина |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

10. Список работников, прошедших периодический медицинский осмотр:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Пол | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия(должность) | Заключение медицинской комиссии |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

11.1 Сводная таблица № 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результаты | Всего | В том числе женщин |
| Численность работников, не имеющих медицинские противопоказания к работе  |  |  |
| Численность работников, имеющих медицинские противопоказания к работе  |  |  |
| Численность работников, с установленным предварительным диагнозом профессионального заболевания |  |  |
| Число лиц из группы повышенного риска развития профессиональных заболеваний |  |  |
| Численность работников, нуждающихся в проведении дополнительного обследования  |  |  |
| 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, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании |  |  |
| Численность работников, нуждающихся в диетическом питании |  |  |

11.2 Список лиц с установленным предварительным диагнозом профессионального заболевания:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество  | Дата рождения | Пол | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) | Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы |
|  |  |  |  |  |  |  |

11.3 Выявлено лиц из группы повышенного риска развития профессиональных заболеваний:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Пол | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) | Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы |
|  |  |  |  |  |  |  |

11.4 Перечень впервые установленных хронических соматических заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Класс заболевания по МКБ-X | Всего |
|  |  |  |
|  |  |  |

11.5 Перечень впервые установленных профессиональных заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Класс заболевания по МКБ-X | Всего |
|  |  |  |
|  |  |  |

11.6 Перечень впервые установленных инфекционных заболеваний (отравлений), связанных с условиями труда:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Перечень впервые установленных инфекционных заболеваний (отравлений) | Всего |
|  |  |  |

12. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Мероприятия | Выполнено (не выполнено, выполнено частично) \*\*\* |
| 1 | Организационные: |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2 | Технические: |  |
|  |  |  |
| 3 | Лечебно-профилактические: |  |
| 3.1. | Дообследование |  |
| 3.2. | Обследование в центре профпатологии |  |
| 3.3. | Лечение и обследование амбулаторное |  |
| 3.4. | Лечение и обследование стационарное |  |
| 3.5. | Санаторно-курортное лечение |  |
| 3.6. | Лечебно-профилактическое питание |  |
| 3.7. | Диетическое питание |  |
| 3.8. | Взято на диспансерное наблюдение |  |
| 4 | Санитарно-гигиенические: |  |
|  |  |  |
| 5 | Разработка программ и планов: |  |
|  |  |  |
| 6 | Другие мероприятия: |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Мероприятия | Срок выполнения |
| 1 | Организационные: |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2 | Технические: |  |
|  |  |  |
| 3 | Лечебно-профилактические: |  |
| 3.1. | Дообследование |  |
| 3.2. | Обследование в центре профпатологии |  |
| 3.3. | Лечение и обследование амбулаторное |  |
| 3.4. | Лечение и обследование стационарное |  |
| 3.5. | Санаторно-курортное лечение |  |
| 3.6. | Лечебно-профилактическое питание |  |
| 3.7. | Диетическое питание |  |
| 3.8. | Взято на диспансерное наблюдение  |  |
| 4 | Санитарно-гигиенические: |  |
|  |  |  |
| 5 | Разработка программ и планов: |  |
|  |  |  |
| 6 | Другие мероприятия: |  |
|  |  |  |

13.3.1. Численность работников, направленных на дополнительное обследование:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) | Заключение медицинской комиссии |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

13.3.2. Численность работников, направленных на обследование в центре профпатологии:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) | Заключение медицинской комиссии |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

13.3.3. Численность работников, направленных на лечение и обследование амбулаторное:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  всего  |  |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

13.3.4. Численность работников, направленных на стационарное обследование и лечение:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

13.3.5. Численность работников, направленных на санаторно-курортное лечение:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) | Профиль санатория |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

13.3.6. Численность работников, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

13.3.7. Численность работников, нуждающихся в диетическом питании:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

13.3.8. Численность работников, взятых на диспансерное наблюдение:

|  |  |
| --- | --- |
|  всего  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество | Дата рождения | Структурное подразделение (при наличии) | Профессия (должность) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Председатель

врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (ФИО, должность) (Подпись)

М.П.

Представитель

трудового коллектива \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (Ф.И.О.) (подпись)

Представитель

Управления Роспотребнадзора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (Ф.И.О.) (подпись)

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (Ф.И.О.) (подпись)

Печать организации

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

\* Заполняется по данным работодателя

\*\* Перечислить коды вредных и/или опасных производственных факторов и работ (профессий)

\*\*\* Указывается абсолютное количество человек и процент от подлежащих