Приложение № 5

к Санитарному регламенту по надзору за

здоровьем лиц, подверженных воздействию

факторов профессионального риска

Медицинское учреждение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКОЕ ДЕЛО №. \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Пол: M [ ] Ж [ ]; возраст \_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия / Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессиональный маршрут:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пост и  рабочее место | Период | Профессия / функция | Факторы  профессионального риска |
|  |  |  |  |

Деятельность на нынешнем месте работы:

Профессиональные заболевания да [ ]; нет [ ]

Несчастные случаи на производстве да [ ]; нет [ ]

Курение: 0 [ ]/ От \_\_\_\_\_\_\_\_ лет, в среднем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сигарет/день

Алкоголь: 0 [ ]/ Иногда [ ]

Семейный врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЯЮ ПОД ЛИЧНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, ЧТО:**

- не зарегистрирован и не лечился от эпилепсии и психических заболеваний;

- не имел, не имею в настоящее время вирусный гепатит A, B, C; туберкулез; сифилис; ВИЧ;

- не употребляю наркотики. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись лица*

**МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР ПРИ ПРИЕМЕ НА РАБОТУ**:

Рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_(см)

вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(кг)

ИМТ= вес/рост 2 (кг /см 2)

Ожирение: нет [ ], да [ ] степень-I (30,0-34,99); степень-II (35,0-39,99); степень-III (40,0 и мн. другое).

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

1. Кожа и слизистые оболочки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Подкожная клетчатка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ганглионарная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Опорно-двигательная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дыхательная система\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Сердечно-сосудистая система: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

артериальное давление \_\_\_\_\_ мм.рт.ст, пульс\_\_\_\_\_\_/ мин, \_\_\_\_\_\_, варикоз \_\_\_\_\_\_\_

7. Желудочно-кишечный тракт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Урогенитальный аппарат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. ЦНС, анализаторы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a) острота зрения, цветовое зрение

зрение без помощи оптической коррекции

[ ] с оптической коррекцией: ПГ \_\_\_\_\_\_ЛГ

b) громкий голос \_\_\_\_\_\_, голос шепотом\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Эндокринная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение клинического обследования***:*

[ ] клинически здоров

[ ] диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись и печать врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭКЗАМЕНЫ** (согласно приложению № 1 к Санитарному регламенту):

осмотр психолога осмотр психиатра осмотр офтальмолога

осмотр ОРЛ осмотр невропатолога осмотр дерматолога

осмотр гинеколога

**ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ЭКЗАМЕНЫ** (согласно приложению № 1 к Санитарному регламенту):

**Заключение:**

[ ] клинически здоров в момент обследования

[ ] диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

для осуществления профессии / должность ...

|  |  |
| --- | --- |
| Заключение | Рекомендации: |
| Допущен | [ ] |
| Условно допущен | [ ] |
| Временно отсранен | [ ] |
| Недопущен | [ ] |

*Председатель медицинской комиссии/врач по профессиональным болезням*

(подпись и печать)

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПЕРИОДИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР**:

Текущие симптомы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пересмотр профессионального анамнеза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симптомы на рабочем месте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пересмотр непрофессионального анамнеза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рост ... cм

Вес ... кг

ИМТ = вес /рост 2 (кг/см2)

ожирение: нет [ ], да [ ] степень - I (30,0 – 34,99); степень - II (35,0 – 39,99); степень - III (40,0 и выше).

**КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:**

1. Кожа и слизистая оболочка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Подкожная клетчатка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Ганглионарная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Опорно-двигательный аппарат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Дыхательная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Сердечно-сосудистая система:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

артериальное давление \_\_\_\_ мм.рт.ст . пульс\_\_\_\_\_\_\_/ мин, \_\_\_\_\_\_\_, варикоз \_\_\_\_\_\_\_\_

7. Желудочно-кишечный тракт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Урогенитальный аппарат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. ЦНС, анализаторы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a) острота зрения, цветовое зрение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зрение без помощи оптической коррекции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] с оптической коррекцией: ПГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЛГ\_\_\_

b) слух \_\_\_\_\_\_, голос шепотом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Эндокринная система \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение клинического обследования*:*

[ ] клинически здоров в момент обследования

[ ] диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись и печать врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭКЗАМЕНЫ** (согласно приложению № 1 к Санитарному регламенту):

Заключение специального осмотра (врач по профессиональным болезням) :

[ ] клинически здоров в момент обследования

[ ] Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**:

для осуществления профессии / должность ...

|  |  |
| --- | --- |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | Рекомендации: |
| Допущен | [ ] |
| Условно допущен | [ ] |
| Временно отстранен | [ ] |
| Недопущен | [ ] |

*Председатель медицинской комиссии* (подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

Дата:

Приложение

к медицинскому делу

Согласие

лица, подлежащего обязательному профилактическому медицинскому осмотру в связи со специфическими профессиональными рисками

Я, фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю свое согласие на обработку персональных данных о своем состоянии здоровья в связи с профессиональной деятельностью.

В случае необходимости в проведении консультаций с врачами учреждения, или врачами других медицинских учреждений, я согласен передать персональные данные о состоянии моего здоровья этим врачам с целью получения консультаций и лечения.

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

подпись дата