Источник: https://belforma.net/бланки/Акт/Акт_периодического_медосмотра с возможностью скачать типовой бланк в формате PDF (Adobe Reader).

Акт периодического медосмотра

Утвержден постановлением Минздрава от 28.04.2010 N 47

Форма

Организация _____

По договору, без договора (нужное подчеркнуть)

Медосмотр проводился с _____ по _____ комиссией:

председатель комиссии _____

члены комиссии (специальность, ф.и.о)

_____

1. Результаты медосмотра:

1.1. подлежало: _____

1.2. осмотрено _____ человек, в том числе женщин _____

процент охвата осмотрами _____

1.3. не осмотрено _____ человек;

1.4. осмотрены по вредным и (или) опасным факторам производственной среды, показателям тяжести и напряженности трудового процесса и работам:

N п/п	Вредные и (или) опасные факторы производственной среды, показатели тяжести и напряженности трудового процесса и работы	Подлежало (количество)	Осмотрено (количество)
1	2	3	4

2. Результаты медосмотра:

2.1. признано годными _____ человек _____

2.2. выявлено с подозрением на профессиональное заболевание _____

в том числе женщин _____

2.3. впервые выявлено с общим заболеванием, не препятствующим продолжению работы _____

в том числе женщин _____

2.4. впервые выявлено с общим заболеванием, препятствующим продолжению работы _____

2.5. нуждаются в проведении дополнительных исследований, консультациях специалистов, динамическом наблюдении и осуществлении внеочередного медосмотра _____

в том числе женщины _____

3. Лечебно-оздоровительные мероприятия:

3.1 подлежат направлению на санаторно-курортное лечение _____

3.2. подлежат диспансерному учету _____

3.3. нуждаются:

во временном переводе на работу по заключению врачебно-консультационной комиссии (далее - ВКК) _____

из них в связи с профессиональным заболеванием _____

4. Выполнение лечебно-оздоровительных мероприятий, предусмотренных предыдущим актом

периодического медосмотра:

взято на диспансерный учет _____/_____ %;

проведено санаторно-курортное лечение _____/_____ %;

временный перевод по заключению ВКК _____/____ %.

5. Санитарно-гигиенические мероприятия на 20____ год:

N п/п	Наименование санитарно-гигиенических мероприятий	Срок выполнения	Ответственный за выполнение	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5

6. Выполнение санитарно-гигиенических мероприятий, предусмотренных предыдущим актом периодического медосмотра:

N п/п	Наименование санитарно-гигиенических мероприятий	Срок выполнения	Ответственный за выполнение	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5

7. Список работающих, не прошедших медосмотр по организации:

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Профессия	Причина
1	2	3	4

8. Список работающих с подозрением на профессиональное заболевание, выявленных при медосмотре по организации:

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	Профессия, стаж	Вредные и (или) опасные факторы производственной среды, показатели тяжести и напряженности трудового процесса	Код по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра
1	2	3	4	5	6

9. Список работающих организации, страдающих профессиональными заболеваниями:

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	Профессия, стаж	Вредные и (или) опасные факторы производственной среды, показатели тяжести и напряженности трудового процесса	Код по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, дата установления диагноза	Трудоустроен рационально
1	2	3	4	5	6	7

10. Список работающих, которые нуждаются в проведении внеочередного медосмотра:

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	Профессия, стаж	Код по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра	Назначенное исследование, консультация или другое	Срок внеочередного медосмотра
1	2	3	4	5	6	7

11. Список работающих с временной утратой трудоспособности за предыдущий календарный год по организации (для медико-санитарных частей):

			Вредные и (или)	Код по	

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	опасные факторы производственной среды, показатели тяжести и напряженности трудового процесса, стаж (лет)	международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра	Дни/случаи
1	2	3	4	5	6

12. Список работающих с впервые выявленными общими заболеваниями, не препятствующими продолжению работы (по организации):

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	Профессия	Вредные и (или) опасные факторы производственной среды, показатели тяжести и напряженности трудового процесса, стаж (лет)	Код по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра	Количество
1	2	3	4	5	6	7

13. Список работающих с общими заболеваниями, препятствующими продолжению работы (по организации):

N п/п	Фамилия, собственное	Год рождения	Профессия	Вредные и (или) опасные факторы производственной среды, показатели тяжести и	Код по международной классификации болезней и проблем,

	имя, отчество			напряженности трудового процесса, стаж (лет)	связанных со здоровьем, десятого пересмотра
1	2	3	4	5	6

14. Список работающих, которым назначено проведение лечебно-оздоровительных мероприятий по организации:

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	Профессия	Код по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра	Мероприятия
1	2	3	4	5	6

15. Список работающих, которым не обеспечено проведение лечебно-оздоровительных мероприятий, предложенных в предыдущем акте периодического медосмотра:

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	Профессия	Код по международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра	Причина невыполнения
1	2	3	4	5	6

16. Список работающих, которым был назначен внеочередной медосмотр на предыдущем медосмотре:

N п/п	Фамилия, собственное имя, отчество	Год рождения	Профессия	Профессиональная вредность, параметры	Вид обследования, консультации и другое	По результатам внеочередного медосмотра (годен, не годен)	Код между класс боле проб связа здор дес пере
1	2	3	4	5	6	7	

Председатель _____ _____
(подпись) (ф.и.о)

Члены комиссии: _____ _____
(подпись) (ф.и.о)

_____ _____

Руководитель организации
здравоохранения _____ _____
(подпись) (ф.и.о)

С актом ознакомлены:
руководитель организации _____ _____
(подпись) (ф.и.о)

председатель профсоюзного
комитета организации _____ _____
(подпись) (ф.и.о)