

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
ГАУЗ «Городская поликлиника №6» г. Казани
(наименование медицинской организации)
420029, РТ, г. Казань, ул. Сибирский тракт, д.14
(адрес)

Код ОГРН

1	0	2	1	6	0	3	6	2	8	0	9	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ от «31» октября 2014 г.

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования)
работников МБОУ «Городского детского эколого-биологического центра»
(наименование организации (предприятия), цеха)
за 2014 г. составлен заключительный акт при участии:

Председателя врачебной комиссии	Бакировой И.Н., врача-профпатолога (ФИО, должность)
Представителя работодателя	директора центра Халиуллина М.Н.
Представителя трудового коллектива	директора центра Халиуллина М.Н. (ФИО, должность)

Стороны специалист *Израйлова* Управления Роспотребнадзора *Самоева И.Р.*

1. Число работников организации (предприятия), цеха:

всего,	34
в том числе женщин	24

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

всего,	34
в том числе женщин	24

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,	34
в том числе женщин	24

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

всего,	34
в том числе женщин	24

5. % охвата периодическими медицинскими осмотрами:

всего,	100
в том числе женщин	100

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

всего,	нет
в том числе женщин	нет

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

№	Фамилия, имя, отчество	Подразделение предприятия
-	нет	нет

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

всего,	нет
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
-	нет	нет	нет

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*	34	24
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	5	2
Число лиц, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании		
Число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении	5	2

9. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников. Впервые:

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

10. Рекомендации работодателю: санитарно-профилактические и оздоровительные мероприятия и т.п. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Обеспечить проведение проф. прививок в соответствии с приложением №3 и СП РФ № 1254 от 21.03.2014г.

Председатель
врачебной комиссии: Бакирова И.Н., врач-профпатолог
(Ф.И.О., должность)

(подпись)
(подпись)



М.П.

С заключительным актом ознакомлен: _____
(подпись)

Руководитель организации (предприятия)

Халиуллин М.Н.
(Ф.И.О.)

(подпись)
(подпись)

« _____ » 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.

Заместителю руководителя
Управления Роспотребнадзора
По Республике Татарстан (Татарстан)

(подпись, печать)
(подпись, печать)

А.А. Имамов

старший специалист специалист _____
Управления Роспотребнадзора

(подпись)
(подпись)

(подпись)
(подпись)

