

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель (заместитель руководителя)
органа или учреждения федерального
государственного санитарно-
эпидемиологического контроля (надзора)

(административная территория)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

« ____ » _____ ГОД

Печать

А К Т

о случае профессионального заболевания

от « ____ » _____ Г.

1. _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения пострадавшего)
2. Дата направления извещения о заключительном диагнозе профессионального заболевания,
наименование и адрес медицинской организации, установившей диагноз _____
(дата. _____
наименование медицинской организации,
адрес юридического лица)
3. Заключительный диагноз _____
(в соответствии с перечнем профессиональных заболеваний,
утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 27 апреля 2012 г. № 417н)
4. Наименование работодателя _____
(полное наименование.
адрес юридического лица, коды ОКПО, ОКВЭД, ИНН)
5. Наименование цеха, участка, производства, сведения об индивидуальном номере рабочего
места, который определяется по результатам проведения специальной оценки условий труда
6. Профессия _____ (должность), _____ повлекшая _____ профессиональное _____ заболевание
7. Общий стаж работы _____
8. Стаж работы в данной профессии _____
9. Стаж работы в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов
(виды фактически выполняемых работ _____
в особых условиях, не указанных в трудовой книжке _____
и (или) сведениях о трудовой деятельности, предусмотренных статьей 66.1 Трудового кодекса
Российской Федерации, вносятся с отметкой «со слов работающего»)

10. Дата начала расследования _____

Комиссией в составе:

председателя _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

членов комиссии _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

проведено расследование случая профессионального заболевания _____

(диагноз)

и установлено профессиональное заболевание _____

(диагноз)

11. Дата (время) заболевания _____

(заполняется при остром профессиональном заболевании)

12. Дата и время поступления в орган или учреждение федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) извещения об установлении заключительного диагноза – острое профессиональное заболевание или хроническое профессиональное заболевание, его уточнении или отмене _____

13. Сведения о трудоспособности _____

(трудоспособен на своей работе,

утратил трудоспособность, переведен на другую работу, направлен

в федеральное учреждение медико-социальной экспертизы)

14. Профессиональное заболевание выявлено при медицинском осмотре, при обращении (нужное подчеркнуть) _____

15. Имелось ли у работника ранее установленное профессиональное заболевание, направлялся ли в центр профессиональной патологии (к врачу-профпатологу) для установления профессионального заболевания _____

(да, нет)

16. Наличие профессиональных заболеваний в данном цехе, на участке, производстве или (и) в профессиональной группе _____

17. Профессиональное заболевание возникло при обстоятельствах и условиях: _____

(дается полное описание конкретных фактов нарушения требований

технических регламентов, требований к организации производственного процесса,

нарушения режима эксплуатации технологического оборудования, приборов, рабочего инструментария;

нарушения режима труда и отдыха, возникновения аварийной ситуации,

выхода из строя защитных средств, освещения;

несоблюдения требований охраны труда, производственной санитарии;

несовершенства технологии, неисправности механизмов, оборудования, рабочего инструментария;

неэффективности работы систем вентиляции, кондиционирования воздуха,

иных средств коллективной защиты;

неприменения или неправильного применения средств индивидуальной защиты;

отсутствия мер и средств спасения;

приводятся сведения из санитарно-гигиенической характеристики условий труда работника

и других документов, включая отчет о результатах проведения специальной оценки условий труда;

вклад периодов работы работника во вредных и опасных условиях труда на предыдущих местах работы)

18. Причиной профессионального заболевания или отравления послужило: длительное, кратковременное (в течение рабочей смены), однократное воздействие на организм человека вредных производственных факторов или веществ (нужное подчеркнуть)

(указывается количественная и качественная

характеристика вредных производственных факторов в соответствии с результатами

проведения специальной оценки условий труда или производственного контроля условий труда,

если специальная оценка условий труда не проводилась)

19. Наличие вины работника (в процентах) и ее обоснование

20. Заключение:

на основании результатов расследования установлено, что настоящее заболевание (отравление) является профессиональным и возникло в результате воздействия вредного производственного фактора (вредных производственных факторов)

(указываются

конкретные обстоятельства и условия)

Непосредственной причиной заболевания послужило

(указывается

конкретный вредный производственный фактор)

21. Лица, допустившие нарушения государственных санитарно-эпидемиологических правил и иных нормативных актов:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), с указанием нарушенных ими положений, правил и иных актов)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), с указанием нарушенных ими положений, правил и иных актов)

22. В целях ликвидации и предупреждения профессиональных заболеваний или отравлений предлагается

23. Прилагаемые материалы расследования

24. Подписи членов комиссии:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

25. Члены комиссии, не согласные с решением комиссии или не подписавшие акт:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

М.П.