

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
Государственное бюджетное учреждение
Ростовской области
«Центральная районная больница»
(наименование медицинской организации)
347120, Ростовская область,
ст. Милютинская, ул. Гагарина, 24
тел.: 8(86380) 2-43-50
(адрес)

Код ОГРН

1	0	2	6	1	0	1	2	5	8	9	6	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

УТВЕРЖДАЮ:

Председатель врачебной комиссии

врач-профпатолог

Шурышев И.В.

(ФИО, подпись)

28.11.2025

Дата



ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ

от «28» 11 20 25 г.

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников

Абдул Рахманов с/г и родственники

(наименование организации (предприятия), цеха)

за 20 25 г. составлен заключительный акт при участии:

1. Общая численность работников:

всего,

в том числе женщин,

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности

общая / профессиональная

4
4
—
—

2. Численность работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда:

—

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:

всего,

в том числе женщин,

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности

общая / профессиональная

4
4
—
—

4. Численность работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру:

всего,

в том числе женщин,

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности

общая / профессиональная

4
4
—
—

5. Численность работников, прошедших периодический медицинский осмотр:

всего,

в том числе женщин,

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
общая / профессиональная

процент охвата работников периодическим медицинским осмотрами:

всего,

в том числе женщин,

4
4
-
-

100 %
100 %

Список лиц, прошедших периодический медицинский осмотр:

№ п/п	Ф.И.О.	Пол М/Ж	Дата рождения	Профессия (должность)	Структурное подразделение (при наличии)	Заключение медицинской комиссии		
						Имеет медицинские противопоказания к работе	Не имеет медицинских противопоказания к работе	Заключение не дано (нуждается в дообследовании)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		список формируется						

6. Численность работников, не завершивших периодический медицинский осмотр:

всего,

в том числе женщин,

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности
общая / профессиональная

Список работников, не завершивших периодический медицинский осмотр:

№	Фамилия, имя, отчество	Подразделение предприятия
1	2	3

7. Численность работников, не прошедших периодический медицинский осмотр:

всего,

в том числе женщин,

работников в возрасте до 18 лет

работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности

в том числе не прошедших медосмотр по причине:

больничный лист

командировка

очередной отпуск

увольнение

отказ от прохождения

Список работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):
(заполняется ЛПУ, проводившим ПМО, причина - заполняется работодателем)

№	Фамилия, имя, отчество	Подразделение предприятия	Причина
1	2	3	4

8. Заключение по результатам данного периодического медицинского осмотра (обследования)

8.1. Сводная таблица № 1:

Результаты периодического медицинского осмотра (обследования)	Всего	В том числе женщины
Численность работников, не имеющих медицинские противопоказания к работе;	4	4
Численность работников, имеющих временные медицинские противопоказания к работе;	—	—
Численность работников, имеющих постоянные медицинские противопоказания к работе;	—	—
Численность работников, нуждающихся в проведении дополнительного обследования (заключение не дано)	—	—
Численность работников, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии;	—	—
Численность работников, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении;	3	3
Численность работников, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении;	2	2
Численность работников, нуждающихся в санаторно-курортном лечении	3	3
Численность работников, нуждающихся в диспансерном наблюдении	3	3

8.2. Список лиц с установленным предварительным диагнозом профессионального заболевания с указанием пола, даты рождения, структурного подразделения (при наличии), профессии (должности), вредных и (или) опасных производственных факторов и работ;

№ п/п	ФИО	Пол М/Ж	Дата рождения	Структурное подразделение (при наличии)	Профессия, (должность)	Вредные и (или) опасные производственные факторы и работы*
1	2	3	4	5	6	7

8.3. Перечень впервые установленных хронических соматических заболеваний с указанием класса заболеваний по Международной классификации болезней - 10 (далее - МКБ - 10):

№	Класс заболевания по МКБ - 10	Количество работников
1	2	3

8.4. Перечень впервые установленных профессиональных заболеваний с указанием класса заболеваний по МКБ-10

№	Класс заболевания по МКБ - 10	Количество работников
1	2	3

9. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта от «__» _____ 20__ по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников.

№	Мероприятия	Подскало (чел.)	Выполнило	
			абс.	%
1.	Обследование в центре профпатологии			
2.	Дообследование			
3.	Лечение и обследование амбулаторное			
4.	Лечение и обследование стационарное			
5.	Санаторно-курортное лечение			
6.	Взято на диспансерное наблюдение			
7.	Направлено на медико-социальную экспертизу (общую/ профессиональную)			

10. Рекомендации работодателю: по реализации комплекса оздоровительных мероприятий, включающих профилактические и другие мероприятия.

содержание решения труда и
сигнала, контроль ВД, контроль
крови и компенсация. Зоны.
Результатное проведение
диспансеризации и профосмотров.

Председатель

врачебной комиссии:

Врач профпатолог
(Ф.И.О., должность)

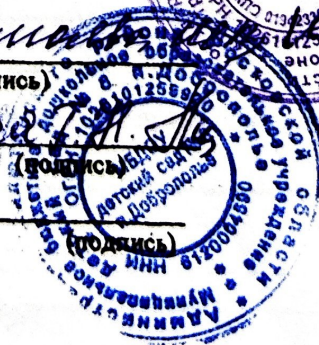
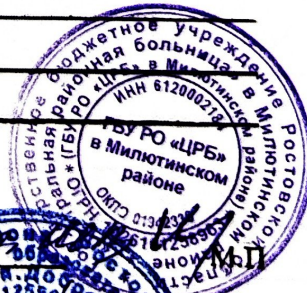
Мурманов
(подпись)

Представитель работодателя:

заведующий
(Ф.И.О., должность)

Представитель Роспотребнадзора

(Ф.И.О., должность)



М.П.

М.П.

* Вредные и/или опасные производственные факторы и работы: перечислить и указать пункты 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.