

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации

ООО «МедЭксперт»
443008, г.Самара, ул.Вольская, д.89
Тел. (846) 990-91-97

Код ОГРН

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

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА № _____

1. Ф.И.О. _____

2. Пол: М Ж 3.Дата рождения _____

4. Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

5. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания): _____

Ул. _____ дом _____ корп. _____ кварт. _____

Тел. _____ 6. Номер и серия страхового полиса ОМС: _____

7. Место работы: _____

7.1. Форма собственности и вид экономической деятельности по ОКВЭД:

7.2. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел):

8. Наименование должности (профессия) или виды работ: _____

9. Условия труда (настоящее время)

Производственный фактор и (или) вид работ с указанием пункта приказа №29Н	Стаж работы с фактором

10. Медицинская организация, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения (название, юридический адрес): _____

11. Даты проведения предварительных медицинских осмотров:

« _____ » _____ 20 ____ г. « _____ » _____ 20 ____ г.
« _____ » _____ 20 ____ г. « _____ » _____ 20 ____ г.

12. Даты проведения периодических медицинских осмотров:

« _____ » _____ 20 ____ г. « _____ » _____ 20 ____ г.
« _____ » _____ 20 ____ г. « _____ » _____ 20 ____ г.
« _____ » _____ 20 ____ г. « _____ » _____ 20 ____ г.

13. Заключение врачей-специалистов:

№	Дата выполнения	Специальность врача	Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)	«Д» группа 1-5 гр.	Заболевание (код по МКБ -10)	Нуждается в санаторно-курортном лечении	ФИО врача (подпись врача)
Психиатр:				Нарколог:			

14. Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

Показатели	Значение	Нормы интерпретации	Показатели	Значение
Клинический анализ крови:			Клинический анализ мочи:	
Гемоглобин		Мужчины 125-165г/л Женщины 115-145г/л	Удельный вес	
Эритроциты		3,5-5,2*10 ¹² /л	Белок	
Тромбоциты		150-450* 10 ⁹ /л	Сахар	
Лейкоциты		4,0-9,0*10 ⁹ /л	Микроскопия осадка	РН
Лимфоциты		19-40%		слизь
Моноциты		3-10%		эпителий
Гранулоциты		42.2-75.2%		лейкоциты
Эозинофилы		0,5-5%		соли
Базофилы		0-1%		бактерии
Палочкоядерные (нейтрофилы)		1-6%	ЭКГ	ритм
Сегментоядерные (нейтрофилы)		45-70%		ЧСС
СОЭ		Мужчины 3-10мм/ч Женщины 5-15мм/ч	ККФ или R-графия легких Органы грудной клетки	п.о.с.
Сахар крови		3,8-6,2 ммоль/л		
Холестерин		3,0-6,0 ммоль/л	Цитология	

- Направлен к ВОП по месту прикрепления полиса ОМС. Дата _____
- Заключение по результатам предварительного медицинского осмотра:
- Группа здоровья 1,2,3,4,5 _____
- Рекомендации по индивидуальной программе профилактических мероприятий: _____
- Нуждается в амбулаторном лечении: Да (у кого) _____ Нет
- Нуждается в стационарном лечении (указать профиль) _____
- Сигнальные отметки _____

Дата выдачи " _____ " _____ 2022г

Врач-профпатолог _____ (_____)
(подпись) (ФИО)

Код ОГРН

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения « _____ » _____ г.

3. Место работы _____

3.1 Организация (предприятие) _____

3.2 Цех, участок _____

4. Профессия (должность) (в настоящее время) _____

Вредный производственный фактор или вид работы ** Приказ МЗ РФ №29н _____

4. Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не выявлены/ выявлены противопоказания к работе с вредными и / или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано** (нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии _____ (подпись) (_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Дата выдачи заключения « _____ » _____ 2022г.

** Перечислить вредные и / или опасные производственные факторы и работы в соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем вредных работ.