

Приложение  
к Правилам расследования  
и учета случаев профессиональных  
заболеваний работников

**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.