

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД  
Код учреждения по ОКПО  
Медицинская документация  
Форма N .../у

КАРТА УЧЕТА  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОТРАВЛЕНИЯ)

Дата заполнения

Регистрационный номер

| Содержание сведений                                                                                      | N стр. | код                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|
| Субъект Российской Федерации                                                                             | 1      | <input type="text"/> |
| Районы субъекта Федерации                                                                                | 2      | <input type="text"/> |
| Отрасль предприятий промышленности и народного хозяйства Российской Федерации                            | 3      | <input type="text"/> |
| Предприятие, учреждение                                                                                  | 4      | <input type="text"/> |
| Форма собственности                                                                                      | 5      | <input type="text"/> |
| Цех, отделение, участок                                                                                  | 6      | <input type="text"/> |
| Дата получения извещения о заключ. диагнозе профзаболевания (отравления)                                 | 7      | <input type="text"/> |
| Число одновременно пострадавших, включая данное лицо                                                     | 8      | <input type="text"/> |
| Ф.И.О. пострадавшего                                                                                     | 9      |                      |
| Пол: мужской - 1, женский - 2                                                                            | 10     | <input type="text"/> |
| Возраст (число лет)                                                                                      | 11     | <input type="text"/> |
| Профессия, должность                                                                                     | 12     | <input type="text"/> |
| Стаж работы в данной профессии, должности                                                                | 13     | <input type="text"/> |
| Стаж работы в контакте с вредным производственным фактором, вызвавшим профзаболевание (отравление)       | 14     | <input type="text"/> |
| Вредные производственные факторы, послужившие причиной профзаболевания (отравления)<br>1. Основной _____ | 15     | <input type="text"/> |
| 2. Сопутствующий _____                                                                                   | 16     | <input type="text"/> |
| Параметр основного фактора                                                                               | 17     | <input type="text"/> |
| Параметры сопутствующих факторов                                                                         | 18     | <input type="text"/> |
| Обстоятельства возникновения 1. _____                                                                    | 19     | <input type="text"/> |
| профзаболевания (отравления) 2. _____                                                                    | 20     | <input type="text"/> |
| Вид профзаболевания: заболевание - 1, отравление - 2                                                     | 21     | <input type="text"/> |
| Форма профзаболевания: острое - 1, хроническое - 2                                                       | 22     | <input type="text"/> |
| Диагнозы: 1. Основной                                                                                    | 23     | <input type="text"/> |

|                                                                                                      |    |                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Сопутствующий                                                                                     | 24 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Сопутствующий                                                                                     | 25 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Сопутствующий                                                                                     | 26 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Профзаболевание (отравление) выявлено:                                                               |    |                                                                                                                                                       |
| при медосмотре - 1, при обращении - 2                                                                | 27 |                                                                                                                                                       |
| Диагноз установлен:<br>ЛПУ - 1, профцентром - 2, НИИ - 3                                             | 28 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |
| Тяжесть профзаболевания: без утраты трудоспособности - 1, с утратой трудоспособности - 2, смерть - 3 | 29 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |
| Меры, принятые ЦГСЭН                                                                                 | 30 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| Ф.И.О. санитарного врача (полностью, подпись)                                                        | 31 |                                                                                                                                                       |

www.genlayn.ru