

КАРТКА
працівника, який підлягає попередньому
(періодичному) медичному огляду

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____

2. Стать ч/ж _____

3. Рік народження _____

4. Місце проживання _____

5. Місце роботи (назва підприємства) _____

6. Цех, дільниця _____

7. Професія (посада) за ДК 003:2005 _____

8. Шкідливі та небезпечні виробничі фактори і трудового процесу*

(перелічити всі фактори)

9. Підстава для попереднього (періодичного) медогляду* _____
(указати конкретні пункти додатків 4,5)

10. Підлягає огляду _____ раз _____ на _____

11. Фахівцями (лікарями) _____

12. Лабораторні, функціональні та інші дослідження _____
(перелічити)

Вага _____, зріст _____, АТ _____

Дані огляду спеціалістами комісії закладів охорони здоров'я

1.1. Терапевт**

(підпис)

(дата, прізвище та ініціали)

1.2. Невропатолог**

(підпис)

(дата, прізвище та ініціали)

1.3. Окуліст**

(підпис)

(дата, прізвище та ініціали)

1.4. ЛОР**

(підпис)

(дата, прізвище та ініціали)

1.5. Хірург**

(підпис)

(дата, прізвище та ініціали)

1.6. Гінеколог**

(підпис)

(дата, прізвище та ініціали)

1.7. Інші фахівці**

(підпис)

(дата, прізвище та ініціали)

2. Лабораторні дослідження

3. Рентгенівські обстеження

4. Функціональні та інші дослідження

5. Діагнози

* Згідно з Переліком шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища і трудового процесу, при роботі з якими обов'язкові попередні (періодичні) медичні огляди працівників, та Переліком робіт, для виконання яких є обов'язковим попередній (періодичні) медичні огляди працівників

Пункти 1-12 заповнюються в ході підготовки до медоглядів медичною сестрою або фельдшером закладів охорони здоров'я згідно із списком працівників, які підлягають медичному огляду.

** Кожний лікар уносить скарги, анамнез, об'єктивний стан, повний діагноз, який завіряється особистою печаткою лікаря

***Працівник власноручним підписом підтверджує наявність або відсутність скарг на стан здоров'я на момент обстеження.

При ризику розвитку алергічних та онкозахворювань обов'язковий спадковий анамнез при попередньому медогляді.

ВИСНОВОК: Придатний для роботи за професією _____
(назва професії за ДК 003:2005)

Придатний тільки на період _____
за умови _____
(заповнюється тільки при періодичних медичних оглядах)

Непридатний _____
(назва професії за ДК 003:2005 та причини)

Рекомендації комісії _____

Підписи лікарів

Підпис голови комісії _____
(особистий підпис) (П.І.Б.)

М.П.

Дата заповнення картки

" ____ " _____