

Додаток 7
до Порядку організації та проведення
обов'язкових медичних оглядів
працівників певних категорій
(пункт 10 розділу IV)

**Картка
працівника, що підлягає ОМО
(попередній, періодичний, позачерговий)
20____рік**

1. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____

2. Стать ч/ж _____

3. Дата народження _____

4. Адреса задекларованого / зареєстрованого місця проживання (перебування) _____

телефон _____

5. Місце роботи (найменування підприємства) _____

6. Стаж (загальний) _____, професійний (за останньою професією) _____

7. Професія (посада) за ДК 003:2010* _____

8. Шкідливі та небезпечні фактори виробничого середовища, важкості і напруженості трудового процесу

(перелічити всі фактори)

9. Підстава для попереднього (періодичного) медичного огляду

(указати рядки таблиць Переліків** згідно з додатками 4, 5 до цього Порядку)

10. Підлягає огляду _____ раз _____ на _____

11. Фахівцями (лікарями) _____

12. Лабораторні, функціональні та інші дослідження _____

(перелічити)

13. Вага _____, зріст _____, артеріальний тиск _____, пульс _____ Глюкоза крові _____

1. Дані огляду спеціалістами Комісії

1.1. Терапевт

(підпис та печатка (за наявності))

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

1.2. Невропатолог

(підпис та печатка (за наявності))

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

1.3. Окуліст

(підпис та печатка (за наявності))

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

1.4. ЛОР

(підпис та печатка (за наявності))

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

1.5. Хірург

(підпис та печатка (за наявності))

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

1.6. Гінеколог

(підпис та печатка (за наявності))

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

1.7. Інші фахівці*

(підпис та печатка (за наявності))

Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

2. Лабораторні дослідження

3. Рентгенівські (КТ, МРТ та інші) обстеження

4. Функціональні та інші дослідження

5. Діагнози

ВИСНОВОК:

Придатний для роботи за професією _____
(назва професії за ДК 003:2010*)

Придатний до роботи тільки на термін (строк) _____
за умови _____
(заповнюється тільки при періодичних медичних оглядах)

Непридатний _____
(назва професії за ДК 003:2010* та причини)

Рекомендації Комісії: _____

Визначення групи динамічного спостереження (Д-1; Д-2; Д-3): _____

Підписи лікарів – членів Комісії

Голова Комісії

_____ (особистий підпис)

_____ Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ

М. П. (за наявності)

«__» _____ 20__ року _____

* Національний класифікатор України «Класифікатор професій» ДК 003:2010, затверджений наказом Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики від 28 липня 2010 року № 327.

** Зазначаються рядки таблиць Переліку шкідливих чи небезпечних виробничих факторів і факторів трудового процесу, при роботі з якими обов'язковий попередній (періодичні) медичний огляд працівників, згідно з додатком 4 до цього Порядку та Переліку робіт, для виконання яких є обов'язковим попередній (періодичні) медичний огляд працівників, згідно з додатком 5 до цього Порядку.
