# Приложение № 10

к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

1. **Объем медицинских услуг при проведении ежегодного медицинского осмотра для работников**
2. **Место проведения и адрес медицинского центра (по Республике Казахстан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Период проведения:** по согласованию с Заказчиком.
4. **Время прохождения** медицинского осмотра: с 08:00 до 12:00 ч. ежедневно в рабочие дни по согласованному графику с Заказчиком.
5. **Количество работников:** \_\_\_ человек, из них мужчин \_\_\_ чел, женщин \_\_\_\_\_\_ чел.;
6. **Контактное лицо от медицинского центра:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. **Предоставление отчета по проведенному медицинскому осмотру в срок до 20 декабря ежегодно**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Список врачей-специалистов** | **Мужчины Женщины** | **Примечание** |
| 1 | Терапевт | мужчины/женщины | **Заключительная консультация**  **врача-терапевта:**  Медицинское   заключение о состоянии   здоровья. Интерпретация всех проведенных   исследований.  Рекомендации каждому работнику, расшифровка диагностических исследований.  Вынесение заключения по результатам осмотров врачей, стандартных и дополнительных исследований. Рекомендации по выявленным заболеваниям. Подписание отчета по ежегодному медицинскому осмотру |
| 2 | Невропатолог | мужчины/женщины | Общий осмотр. Оценка неврологического статуса. |
| 3 | Офтальмолог | мужчины/женщины | Оценка зрения: Измерение остроты зрения с коррекцией, определение полей зрения.  Тонометрия, внутриглазное давление. Исследование глазного дна. |
| 4 | Отоларинголог | мужчины/женщины | Оценка слуха, носовой полости и придаточных пазух, горла (голосовой тест). Первичный осмотр, включая эндоскопический осмотр лорорганов. |
| 5 | Гинеколог | женщины | Оценка женского здоровья. |
| 6 | Маммолог | женщины | Оценка анамнеза, углубленный осмотр состояния молочных желез с учетом данных Узи молочных желез и рекомендации по медицинским показаниям |
| 7 | Уролог | мужчины | Оценка анамнеза мужского здоровья, осмотр по медицинским показаниям |
| 8 | Врач УЗИ | мужчины/женщины | Диагностика (узи молочных желез, органов малого таза, узи предстательной железы) по медицинским показаниям |

**Диагностика**

Процедурный кабинет

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Лабораторные исследования** | **Мужчины Женщины** | **Примечание** |
| 1 | Общий анализ крови развернутый | мужчины/женщины | Гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, формула крови |
| 2 | Биохимический анализ крови | мужчины/женщины | Забор биоматериала согласно перечню |
| **\*Маркеры сахарного диабета:** Глюкоза;  **Функция печени:** АЛТ, АСТ, Билирубин общий, Билирубин прямой, Общий белок по медицинскими показаниям;  **Функции почек:** Креатинин, мочевина по медицинским показаниям;  **Функция сердца и маркеры сердечно-сосудистых заболеваний** по медицинским показаниям по направлению врача-терапевта**:**  Триглицериды, Холестерин общий, Холестерин-ЛПВП, Холестерин-ЛПНП;  **Оценка щитовидной железы** по медицинским показаниям по направлению врача-терапевта**:** ТТГ, Т3 свободный, Т4 свободный;  **- Анализ** на витамин D3, Общий кальций, Ферритин по медицинским показаниям по направлению врача-терапевта;  - Коагулограмма, Д-димер по медицинским показаниям по направлению врача-терапевта  *Предоставление расшифровки результатов анализов обязательно с приведением границ нормативных показателей в формате А4.* | | | |
| 3 | Общий анализ мочи | мужчины/женщины | Исследование физических свойств: определение цвета, прозрачности, удельного веса **мочи**; определения белка, глюкозы, гемоглобина, билирубина, уробилиногена, кетоновых тел и нитритов полуколичественным методом; оценка состава осадка **мочи** |
| 4 | Рентгенография легких (в 1 й проекции) | мужчины/женщины | Обследования на предмет патологии грудной клетки и органов грудной полости |
| 5 | ЭКГ в покое (в 12 отведениях) | мужчины/женщины | Сердечное тестирование. Характеристика нарушений проводимости, определение локализации очаговых (инфарктных, рубцовых) изменений, установка признаков перегрузки и гипертрофии камер сердца |
| 6 | Офтальмоскопия (2 глаза)  Тонометрия | мужчины/женщины | Оценка зрения:  Измерение остроты зрения с коррекцией, определение полей зрения  Тонометрия, внутриглазное давление Исследование глазного дна |
| 7 | Мазок на степень чистоты  Мазок на онкоцитологию  по медицинским показаниям | женщины | **Диагностика** на выявление патогенных микроорганизмов. **Исследование** с целью исключения патологий онкологического характера. |
| 8 | УЗИ молочных желез  по медицинским показаниям | Женщины  *(принести результаты УЗИ/маммографии за последние 6 мес)* | Диагностика с целью выявления возникновения патологий, а также для определения динамики заболевания.  *В случае необходимости дальнейшего обследования –выписка направления на маммографию по договору ДМС либо дообследование в поликлинике по месту жительства ОСМС.* |
| 9 | УЗИ предстательной железы по медицинским показаниям | мужчины | Исследование простаты с целью выявления возможных патологий. |
| 10 | УЗИ щитовидной железы по медицинским показаниям | мужчины/женщины | По назначению врача терапевта.  Диагностика с целью выявления возникновения патологий, а также для определения динамики заболевания. |

*- внесение результатов анализов биоматериалов и результатов диагностики после прохождения медосмотра работником по мере получения результатов, но не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней в комплексную медицинскую информационную систему КМИС МЗ РК.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Форма прохождения медицинского осмотра** |  |

Вкладной лист медицинских осмотров (мужчины) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата проведения медицинского осмотра «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года

2. Наименование предприятия: **ТОО «KMG Green Energy»**

3. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел, отделение и т.д.) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4. Профессия или должность в настоящее время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Общий стаж работы по профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается число лет)

6. Стаж работы в профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается число лет)

7. Условия труда в настоящее время

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование  вредного и опасного производственного фактора | Стаж работы с фактором  (со слов) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

8. Профессиональный маршрут до начала работы в данной профессии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Месяц и год начала и окончания работы | Длительность работы | Предприятие | Профессия |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

9. Даты проведения предварительных (при поступлении на работу) медицинских осмотров (обследований):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

10. Даты проведения периодических медицинских осмотров (обследований)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
|  |  |  |

11**. Итоги предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** п/п | Осмотры  (специалисты) |  | Дата выполнения | Заключение по результатам осмотра  (годен, не годен, заключение не дано) |
| 1 | Невропатолог *каб* |  |  |  |
| 2 | Уролог *каб* |  |  |  |
| 3 | Офтальмолог *каб* |  |  |  |
| 4 | Отоларинголог *каб* |  |  |  |
| 5 | Терапевт *каб* |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  п/п | Исследования (анализы) | Дата выполнения | Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано) |
| 1 | Общий анализ крови |  |  |
| 2 | Биохимический анализ крови:  **Маркеры сахарного диабета:** Глюкоза;  **Функция печени:** АЛТ, АСТ, Билирубин общий, Билирубин прямой, Общий белок;  **Функции почек:** Креатинин, мочевина  **Функция сердца и маркеры сердечно-сосудистых заболеваний:**  Триглицериды, Холестерин общий, Холестерин-ЛПВП, Холестерин-ЛПНП; |  |  |
| 3 | Общий анализ мочи |  |  |
| 4 | УЗИ предстательной железы (по показаниям) |  |  |
| 5 | УЗИ щитовидной железы (по показаниям) |  |  |
| 6 | Рентгенография легких (в 1й проекции) |  |  |
| 7 | ЭКГ в покое (в 12 отведениях) |  |  |
| 8 | Офтальмоскопия (2 глаза), Тонометрия, проверка глазного дня |  |  |

12. Медицинское заключение терапевта с учетом проведенного медосмотра и дообследования по месту прикрепления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Рекомендации для динамического наблюдения:

обследование и лечение в поликлинике; обследование и лечение в стационаре; направить в медицинскую организацию, оказывающую высокоспециализированную медицинскую помощь; направление на санаторно-курортное лечение (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись председателя комиссии терапевт** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вкладной лист медицинских осмотров (женщины) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Дата проведения медицинского осмотра «**\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2025 года**

2. Наименование предприятия: **ТОО «KMG Green Energy»**

3. Наименование структурного подразделения (цех, участок, отдел, отделение и т.д.) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4. Профессия или должность в настоящее время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Общий стаж работы по профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается число лет)

6. Стаж работы в профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается число лет)

7. Условия труда в настоящее время

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование  вредного и опасного производственного фактора | Стаж работы с фактором  (со слов) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

8. Профессиональный маршрут до начала работы в данной профессии

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Месяц и год начала и окончания работы | Длительность работы | Предприятие | Профессия |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

9. Даты проведения предварительных (при поступлении на работу) медицинских осмотров (обследований):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

10. Даты проведения периодических медицинских осмотров (обследований)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. |  | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

11**. Итоги предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** п/п | Осмотры  (специалисты) |  | Дата выполнения | Заключение по результатам осмотра  (годен, не годен, заключение не дано) |
| 1 | Невропатолог *каб* |  |  |  |
| 2 | Гинеколог *каб* |  |  |  |
| 3 | Офтальмолог *каб* |  |  |  |
| 4 | Отоларинголог *каб* |  |  |  |
| 5 | Маммолог *каб* |  |  |  |
| 6 | Терапевт *каб* |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  п/п | Исследования (анализы) | Дата выполнения | Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано) |
| 1 | Общий анализ крови *каб* |  |  |
| 2 | Биохимический анализ крови:  **Маркеры сахарного диабета:** Глюкоза;  **Функция печени:** АЛТ, АСТ, Билирубин общий, Билирубин прямой, Общий белок;  **Функции почек:** Креатинин, мочевина  **Функция сердца и маркеры сердечно-сосудистых заболеваний:**  Триглицериды, Холестерин общий, Холестерин-ЛПВП, Холестерин-ЛПНП; |  |  |
| 3 | Общий анализ мочи |  |  |
| 4 | Онкоцитология *каб* |  |  |
| 5 | Мазок на ст. чистоты *каб* |  |  |
| 6 | УЗИ молочных желез *каб* |  |  |
| 7 | УЗИ щитовидной железы (по показаниям) |  |  |
| 8 | Рентгенография легких (в 1й проекции) |  |  |
| 9 | ЭКГ в покое (в 12 отведениях) |  |  |
| 10 | Офтальмоскопия (2 глаза), Тонометрия, проверка глазного дна |  |  |

12. Медицинское заключение терапевта с учетом проведенного медосмотра и дообследования по месту прикрепления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Рекомендации для динамического наблюдения:

обследование и лечение в поликлинике; обследование и лечение в стационаре; направить в медицинскую организацию, оказывающую высокоспециализированную медицинскую помощь; направление на санаторно-курортное лечение (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись председателя комиссии** **терапевта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Отчет по ежегодному медицинскому осмотру работников**

**(заключительный акт)**

**от « \_\_\_» 2025 года**

По результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников корпоративного центра АО НК «КазМунайГаз»

(наименование организации (предприятия)

По договору, без договора (нужное подчеркнуть).

Медосмотр проводился с \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года, комиссией:

Председатель комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность)

Члены комиссии:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……

1. Число работников организации (предприятия), цеха:

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

2. Число работников организации (предприятия), цеха, работающих с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами:

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

3. Число работников, подлежащих медицинскому осмотру (обследованию), работающих в контакте с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами:

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

4. Число работников, прошедших медицинский осмотр (обследование):

|  |  |
| --- | --- |
| Всего, |  |
| в том числе женщин |  |

5. % охвата периодическими медицинскими осмотрами:

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |

6. Число работников, не завершивших периодический медицинский осмотр (обследование):

|  |  |
| --- | --- |
| всего, | - |
| в том числе женщин | - |

7. Число работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):

|  |  |
| --- | --- |
| всего, |  |
| в том числе женщин |  |
| в том числе по причинам из общего числа: |  |
| больничный лист |  |
| командировка |  |
| очередной отпуск |  |
| увольнение |  |
| отказ от прохождения |  |
| декретный отпуск |  |
| прошли в других медицинских организациях |  |

Поименный список работников, не прошедших периодический медицинский осмотр (обследование):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия, имя, отчество** | **Подразделение предприятия/профессия** | **Причина** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

8. Заключение по результатам данного периодического медицинского осмотра (обследования)

 Сводная таблица №1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результаты периодического медицинского осмотра (обследования) | Всего | В том числе женщин |
| 1 | 2 | 3 |
| Число лиц, профпригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами |  |  |
| Число лиц, временно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами |  |  |
| Число лиц, постоянно профнепригодных к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами |  |  |
| Число лиц нуждающихся в дообследовании (заключение не дано) |  |  |
| Число лиц с подозрением на профессиональное заболевание |  |  |
| Число лиц, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии |  |  |
| Число лиц, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении |  |  |
| Число лиц, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении: |  |  |
| Число лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении |  |  |
| Число лиц, нуждающихся в лечебно-профилактическом питании |  |  |
| Число лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении |  |  |

Сводная таблица №2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О.** | **пол** | **Год рождения** | **Участок** | **Профессия** | **Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы, виды работ** | **Стаж работы с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами, видами работ** | **Класс заболевания по МКБ–10, группа диспансерного учета** | **Заболевание выявлено впервые** | **Профпригоден к работам** | **Временно профнепригоден к работам** | **Постоянно профнепригоден к работам** | **Заключение не дано** | **Нуждается в обследовании в центре профпатологии** | **Нуждается в амбулаторном обследовании и лечении** | **Нуждается в стационарном обследовании и лечении** | **Нуждается в санаторно-курортном лечении** | **Нуждается в лечебно-профилактическом питании** | **Нуждается в диспансерном наблюдении** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

9. Выявлено лиц с подозрением на профессиональное заболевание:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  | Ф.И.О. | Подразделение предприятия | Профессия, должность | Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы |

10. Выявлено впервые в жизни хронических соматических заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Класс заболевания по МКБ-10 | Количество работников (всего) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

11. Выявлено впервые в жизни хронических профессиональных заболеваний:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Класс заболевания по МКБ-10 | Количество работников (всего) |

12. Результаты выполнения рекомендаций предыдущего Заключительного акта от « » 202\_г. по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Мероприятия | Подлежало (чел.) | Выполнено | |
| абс. | в % |
| 1 | Обследование в Центре профпатологии |  |  |  |
| 2 | Дообследование |  |  |  |
| 3 | Лечение и обследование амбулаторное |  |  |  |
| 4 | Лечение и обследование стационарное |  |  |  |
| 5 | Санаторно-курортное лечение |  |  |  |
| 6 | Диетпитание |  |  |  |
| 7 | Взято на диспансерное наблюдение |  |  |  |

Заключительный акт \_\_\_предоставлен.

**13. Рекомендации работодателю:**

А) соблюдение правил техники безопасности и личной гигиены работников;

Б) постоянный надзор и улучшение условий труда, соблюдение санитарно-гигиенических норм организаций рабочего места;

В) организация рационального питания, режима труда и активного отдыха работников;

Г) проведение мероприятий по охране здоровья работников;

Д) проведение санитарно-просветительной работы среди работников по борьбе с вредными привычками;

Е) постоянный контроль за проведением обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров;

Ж) обеспечить дообследование и при необходимости лечение в амбулаторных условиях лиц с общими заболеваниями (\_\_\_ человек, Приложение);

З) нуждаются в наблюдении и лечении в амбулаторных условиях (\_\_человек, Приложение 2);

И) контроль за динамикой диспансерного наблюдения, нуждающихся в этом мероприятии лиц (\_\_человек, Приложение 3);

К) направить на санаторно-курортное лечение, нуждающихся в этом лиц (\_\_ человек, Приложение 4).

Подписи:

Председатель комиссии:

Место печати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор

Место печати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С актом ознакомлены:

Руководитель «Управления санитарно-эпидемиологического

контроля Есильского района г. Астана» ДСЭК г. Астана КСЭК МЗ РК:

Место печати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель ТОО «KMG Green Energy»:

Место печати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель профсоюзного комитета организации:

Место печати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Список лиц, нуждающихся в дообследовании и лечении

в амбулаторных условиях (диспансерная группа 3)

*Приложение 1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Должность** | **Заболевание по МКБ-10** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Список лиц, нуждающихся в лечении в амбулаторных условиях

(диспансерная группа 3)

*Приложение 2*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Должность** | **Заболевание по МКБ-10** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Список лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении

(диспансерная группа 4)

*Приложение 3*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Должность** | **Заболевание**  **по МКБ-10** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Список лиц, нуждающихся в санаторно-курортном лечении

*Приложение 4*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Должность** | **Заболевание**  **по МКБ-10** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Общие требования к проведению медицинского осмотра:**
2. Медицинские осмотры проводятся с целью обеспечения динамического наблюдения за

состоянием здоровья, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения и нераспространения общих, инфекционных и паразитарных заболеваний, определения пригодности работников по состоянию здоровья к выполнению основных обязанностей по профессии.

1. Медицинский осмотр проводит медицинская организация, прошедшая аккредитацию в

ФОМС. Все услуги медицинского осмотра проводятся на базе одного медицинского центра по Республике Казахстан.

3. Порядок проведения периодического медицинского осмотра:

3.1. За один месяц до начала медицинского осмотра Исполнитель создает и утверждает

состав врачебной комиссии в соответствии с заявленным объемом проведения медицинского осмотра. В состав врачебной комиссии входят медицинские работники: терапевт, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог, гинеколог, маммолог, уролог, врач-рентгенолог, врач по функциональной диагностике, прошедшие в рамках своей специальности подготовку по профессиональной патологии.

3.2. За один месяц до начала проведения медицинского осмотра Исполнитель должен предоставить список узких специалистов с указанием должности, квалификации, стажа работы. Председателем комиссии является врач-терапевт, являющийся ответственным лицом за качество проведения медицинского осмотра, составление отчета по ежегодному медицинскому осмотру и рекомендаций осмотра (раздел III).

* 1. В день прохождения медицинского осмотра Исполнитель должен выдать каждому работнику

вкладной лист о прохождении медицинского осмотра с указанием кабинетов маршрутизации прохождения медицинского осмотра (раздел IV); Во вкладном листе каждый врач, участвующий в медицинском осмотре, дает свое заключение и рекомендации. Терапевт, кроме своего заключения обобщает все полученные результаты и вносит интерпретацию дополнительных методов исследования во вкладной лист.

* 1. За один месяц до начала проведения медицинского осмотра Заказчик предоставляет Исполнителю список работников, подлежащих медицинскому осмотру с указанием ФИО, ИИН, даты рождения, пола. Медицинская организация, осуществляющая проведение медицинского осмотра, составляет календарный план, время и сроки работы врачебной комиссии. Исполнитель обеспечивает присутствие всех указанных узких специалистов и проведение лабораторных исследований и диагностики по месту проведения медосмотра.

3.5. При организации медицинского осмотра Исполнитель предоставляет Заказчику:

- медицинского координатора на все время прохождения медицинского осмотра;

- доступ с 08.00 до 13.00 ежедневно в рабочие дни;

выдачу маршрутных листов о прохождении медицинского осмотра;

- выдачу емкостей для сдачи анализов.

3.6. Исполнитель предоставляет ответственному работнику Заказчика Отчет по ежегодному медицинскому осмотру работников с подписями уполномоченных лиц и печатью в срок до 20 (двадцати) календарных дней после проведенного медицинского осмотра с полной аналитикой и назначением плана обследования, лечения, предоставления рекомендаций с выдачей медицинской документации по каждому работнику (вкладные листы и результаты исследований). В приложениях к отчету дает поименный список лиц, которым показано стационарное и санаторно-курортное лечение, диетическое питание, динамическое наблюдение и др. Медицинский отчет после подписания передается Заказчику, один экземпляр остается у медицинской организации, проводившей медицинский осмотр;

3.7. Исполнитель составляет и представляет Заказчику список работников Заказчика, нуждающихся в углубленном обследовании и лечении, а также оказывает дальнейшее консультативное содействие в период действия договора;

3.8. По результатам проведенного медицинского осмотра Исполнитель готовит предложения и медицинские рекомендации по работникам, имеющим выраженные формы общих заболеваний.

3.9. Исполнитель обеспечивает условия для логистического распределения потоков персонала Заказчика и соблюдения социальной дистанции;

3.10. Исполнитель обеспечивает проведение по месту прохождения медицинского осмотра:

- рентгенографического исследования в 1-й проекции на рентген-оборудовании;

- диагностических исследований биоматериала (крови, мочи, мазка и др.) с предоставлением расшифровки результатов анализов с приведением границ нормативных показателей в формате А4;

- ультразвуковых, офтальмологических исследований;

- условий для осмотра узких специалистов;

- соблюдение санитарных норм, своевременная обработка и дезинфекция после каждого пациента.

3.11. Исполнитель проводит подготовительную и заключительную работу при проведении

медицинского осмотра в комплексной медицинской информационной системы КМИС МЗ РК:

*- формирование списка работников Заказчика о наличии/отсутствии хронических заболеваний из комплексной медицинской информационной системы КМИС МЗ РК;*

- *ознакомление врачебной комиссии со списком работников с хроническими заболеваниями;*

*- внесение результатов анализов биоматериалов и результатов диагностики после прохождения медосмотра работником по мере получения результатов, но не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней в комплексную медицинскую информационную систему КМИС МЗ РК;*

- *внесение общих результатов медосмотра по каждому работнику Заказчика в комплексную медицинскую информационную систему КМИС МЗ РК после подписания Медицинского отчета в течение 10 (десяти) календарных дней.*

3.12. Исполнитель несет полную ответственность и осуществляет поверку, контроль над средствами, методами, медтехникой, последовательностью и качеством оказания Услуг, а также координацией всех работ;

3.13. Услуги должны оказываться с соблюдением требований безопасности для жизни и здоровья работников Заказчика.

1. **Обязательные требования, предусмотренные законодательством РК**

Периодический медицинский осмотр персонала проводится в соответствии с требованиями ст. 86 Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года №360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст. 182, 185 Трудового кодекса Республики Казахстан и Приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-131/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров»