

**КАРТОЧКА**  
**работника, подлежащего обязательному предварительному**  
**(периодическому, внеочередному) медицинскому осмотру**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол Муж. / Жен. \_\_\_\_\_
3. Дата рождения \_\_\_\_\_
4. Место жительства \_\_\_\_\_
5. Место работы (наименование предприятия) ***ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России***
6. Цех, участок \_\_\_\_\_
7. Профессия (должность) \_\_\_\_\_
8. Вредные и опасные производственные факторы трудового процесса\*

(перечислить все факторы)

9. Основания для предварительного (периодического, внеочередного) медицинского осмотра\*

(указать конкретные пункты)

10. Подлежит осмотру \_\_\_ 1 \_\_\_ раз(а) в \_\_\_\_\_ год(а)
11. Специалистами (врачами) \_\_\_\_\_
12. Лабораторные, функциональные и другие исследования \_\_\_\_\_  
(перечислить)

Вес \_\_\_\_\_ кг, рост \_\_\_\_\_ см, АД \_\_\_\_\_ мм рт. ст.

**1. Данные осмотра специалистами комиссии учреждения здравоохранения**

**1.1 ТЕРАПЕВТ\*\* 3 эт. 40 каб.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата, ФИО врача)

**1.2 НЕВРОПАТОЛОГ\*\* 2 эт. 17 каб.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата, ФИО врача)

**1.3 ОФТАЛЬМОЛОГ\*\* 2 эт. 22 каб.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата, ФИО врача)

**1.4 ОТОЛЯРИНГОЛОГ\*\* 3 эт. 35 каб.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата, ФИО врача)

**1.5 ХИРУРГ\*\* 4 эт. 401 каб.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата, ФИО врача)

**1.6 ГИНЕКОЛОГ\*\* 3 эт. 28 каб.**

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата, ФИО врача)

**1.7 СТОМАТОЛОГ\*\*** 2 эт. 10 каб.

---

---

---

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата, ФИО врача)

**1.8 ДЕРМАТОЛОГ\*\*** 3 эт. 29 каб.

---

---

---

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата, ФИО врача)

**2. Лабораторные исследования**

---

---

---

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата, ФИО врача)

**3. Рентгенография органов грудной полости** 1 эт.

---

---

---

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата, ФИО врача)

**4. ЭКГ** 5 эт.

---

---

---

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата, ФИО врача)

**5. Диагнозы**

---

---

---

\*В соответствии с перечнем вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса, при работе с которыми обязательны предварительные (периодические) медицинские осмотры работников, и Перечнем работ, для выполнения которых является обязательным предварительный (периодические) медицинские осмотры работников.  
\*\*Каждый врач вносит жалобы, анамнез, объективное состояние, полный диагноз, который заверяется личной печатью врача.

**Годен для работы по профессии** \_\_\_\_\_ (название профессии)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

**Годен только на период** \_\_\_\_\_

**при условии** \_\_\_\_\_  
(заполняется только при периодических медицинских осмотрах)

**Не годен** \_\_\_\_\_  
(название профессии и причины)

**Рекомендации комиссии** \_\_\_\_\_

Подписи врачей

Подпись председателя Комиссии \_\_\_\_\_ (личная подпись, МП) \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата заполнения карты  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.