

«Утверждаю»

Директор ООО «\_\_\_\_\_»

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024г.

Поименный список работников, занятых на вредных работах и работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, подлежащих предварительным и периодическим осмотрам по ООО «\_\_\_\_\_» в 2024г. в соответствии с приказом МЗ РФ №29Н - 2021г.

№ п/п	Фамилия Имя Отчество (полностью)	Дата рождения (полностью)	Паспорт (номер, кем и когда выдан. Наименование подразделения, выдавшего паспорт, указывать точно согласно документу)	СНИЛС	Полис ОМС	ИНН	Место постоянной регистрации по месту жительства (место регистрации по месту пребывания по возможности) Номер контактного телефона	Стаж работы по профессии	Занимаемая должность (профессия), цех, участок	Наличие вредных производственных факторов или вид работы (Ссылка на пункт приказа МЗ РФ №29н от 28.01.2021г. по вредным факторам)
	<i>Образец заполнения</i>									
1	Иванов Петр Петрович	12.12.1999 9	8812 999999 12.03.2020 МВД по Республике Марий Эл	111-111- 111-11;	111111 111111 111111	111111 111111	г.Волжск, ул.Южная, д.5,кв.6	8-969-969- 96-69	Формовщик шлакоблоков, цех №1	п.3.1.10, 4.3.2, 4.4

Руководитель \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Исполнитель \_\_\_\_\_ Тел. \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на  
медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н<sup>1</sup> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также

<sup>1</sup> Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача**

Дата анкетирования (день, месяц, год): \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Дата рождения (день, месяц, год): \_\_\_\_\_ Полных лет: \_\_\_\_\_

Медицинская организация: \_\_\_\_\_

Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам: \_\_\_\_\_

<b>1</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется</b>		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	Нет
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое? _____		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
<b>2</b>	<b>Был ли у Вас инфаркт миокарда?</b>	Да	Нет
<b>3</b>	<b>Был ли у Вас инсульт?</b>	Да	Нет
<b>4</b>	<b>Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?</b>	Да	Нет
<b>5</b>	<b>Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)</b>	Да	Нет
<b>6</b>	<b>Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?</b>	Да	Нет
<b>7</b>	<b>Если на вопросу 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду / в тепле / в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина</b>	Да	Нет
<b>8</b>	<b>Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?</b>	Да	Нет

9	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	Да	Нет		
10	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет		
11	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да	Нет		
12	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	Да	Нет		
13	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да	Нет		
14	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	Нет		
15	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	Да	Нет		
16	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	Нет		
17	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?	Да	Нет		
18	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	Да	Нет		
19	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	Нет		
20	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? _____ сиг/день				
21	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?	До 30 минут	30 минут и более		
22	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?	Да	Нет		
23	Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?	Да	Нет		
24	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?	Да	Нет		
25	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	? 4 раз в неделю (4 балла)
26	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива				
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	? 10 порций (4 балла)
27	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	? 4 раз в неделю (4 балла)
<b>ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов</b>					
28	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?	Да	Нет		

## ПАМЯТКА!

Уважаемый работник, Вы приглашены в ГБУ РМЭ "Поликлиника №4 г.Йошкар-Олы", по адресу ул. Прохорова, 18, для прохождения медосмотра и диспансеризации с целью профилактики неинфекционных заболеваний.

Для прохождения медосмотра необходимо подойти в кабинет № 206 Поликлиники №4 к 8:00 **нагощак**.

При себе иметь:

- паспорт;
- медицинский полис;
- ИНН;
- СНИЛС;
- сертификат о прививках;
- анализ мочи;
- анализ кала (четные года рождения).