**Приложение 1. Техническое задание**

**ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**

**на оказание медицинских услуг по проведению обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) и обязательного психиатрического освидетельствования (ОПО) работников АО «ЩЛЗ»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **п/п** | **Наименование сведений**  **и работ** | **Содержание сведений и данных** |
| 1 | Предмет договора | оказание медицинских услуг по проведению обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) и обязательного психиатрического освидетельствования (ОПО) работников АО «ЩЛЗ» по проведению экспертизы по профессиональной пригодности работника |
| 2 | Основание | Трудовой кодекс РФ, Статья 213 «Медицинские осмотры некоторых категорий работников»;  Приказ Минздрава России от 28.01.2021 N 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».  Постановление Правительства РФ от 23 сентября 2002 г. № 695;  Постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 N 377;  Правительство Москвы, Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, приказ от 18 сентября 2008 г. N 705. |
| 3 | Наименование и местонахождение Заказчика, фамилия, инициалы, и номер телефона (факса) ответственного его представителя | АО «ЩЛЗ», 108851, г. Москва, г. Щербинка, ул. Первомайская, д.6, эт. 2, каб. 201  **Медицинские осмотры:**  Павликова Юлия Николаевна специалист по кадрам, адрес почты [un.pavlikova@shlz.ru](mailto:un.pavlikova@shlz.ru), +7 (495) 739-67-02 доб. 1302, моб. 8-916-563-79-03  Маркин Павел Сергеевич, ведущий специалист по охране труда, адрес почты [ps.markin@shlz.ru](mailto:ps.markin@shlz.ru), +7 (495) 739-67-02 доб. 1592, моб. 8-916-003-40-44  **Психиатрические освидетельствования:**  каб. 1.20, Нина Васильевна Попова, врач терапевт +7 (495) 739-67-02 доб. 13-30, nv.popova@shlz.ru |
| 4 | Место оказания услуг | АО «ЩЛЗ», 108851, г. Москва, г. Щербинка, ул. Первомайская, д.6 |
| 5 | Перечень оказываемых услуг | * медицинский осмотр в соответствии с Приказ Минздрава России от 28.01.2021 N 29н с выдачей заключения * психиатрическое освидетельствование с выдачей врачебного заключения |
| 6 | Объемы услуг | В соответствии с Приложением №1 к настоящему Техническому заданию:   * первичные медицинские осмотры, при трудоустройстве в АО «ЩЛЗ», *ориентировочно до 100 работников в год*. * первичное при трудоустройстве, периодическое не реже одного раза в 5 (пять) лет, количество обязательных психиатрических освидетельствований по договору составляет *до 120 работников в год.* |
| 7 | Условия оказания услуг | Услуги должны оказываться силами и средствами (оборудование, устройства, методики, расходные и иные необходимые для оказания услуг материалы) Исполнителя.  Организация и качество оказываемых услуг Исполнителем должно соответствовать действующим требованиям федеральных законов, инструкций по эксплуатации, инструкций по охране труда и техники безопасности, требованиями других нормативных актов, соответствующих профилю выполняемых работ. |
| 8 | Период оказания услуг | в течение 12 (двенадцати) календарных месяцев с даты подписания Договора |
| 9 | Сроки оказания услуг | Услуги по организации и проведению предварительных медицинских осмотров (обследований) осуществляются по потребностям Заказчика, с уведомлением Исполнителя в виде выданного работнику направления на прохождение медицинского осмотра (обследования), в соответствии с утверждённым списком работников, подлежащих осмотрам в ОА «ЩЛЗ».  Услуги первичного психиатрического освидетельствования осуществляются по потребностям Заказчика, с уведомлением Исполнителя, периодические, в соответствии с согласованным календарным планом, в период действия договора, Приложение №1 (формы) к настоящему Техническому заданию.  Заявка подается Исполнителю не позднее 1 (одного) рабочего дня до даты проведения медосмотра посредством электронной почты. |
| 10 | Требования к Исполнителю сроку, качеству и предоставлению гарантий на оказание услуг **предварительных** **медицинских осмотров** | 1. Предварительные осмотры проводятся медицинской организацией любой организационно-правовой формы, имеющие право на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров; 2. Медицинская организация должна иметь все необходимое лабораторное и диагностическое оборудование, предусмотренное для проведения медицинских осмотров. Услуги должны оказываться силами и средствами (оборудование, устройства, методики, расходные и иные необходимые для оказания услуг материалы) Исполнителя. 3. Все применяемое оборудование и материалы должны быть зарегистрированы, как разрешённые к применению на территории Российской Федерации. 4. Организация и качество оказываемых услуг исполнителем должно соответствовать действующим требованиям федеральных законов, инструкций по эксплуатации, инструкций по охране труда и техники безопасности, требованиями других нормативных актов, соответствующих профилю выполняемых работ. 5. Медицинская организация должна быть зарегистрированная в качестве юридического лица и должна обладать гражданской правоспособностью для заключения договора. 6. Предварительные осмотры проводятся в строгом соответствии с Приказ Минздрава России от 28.01.2021 N 29н; 7. Для проведения предварительного осмотра медицинской организацией формируется *постоянно действующая врачебная комиссия*, в состав врачебной комиссии включаются врач-профпатолог, а также врачи-специалисты, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности "профпатология" или имеющие действующий сертификат по специальности "профпатология". Возглавляет врачебную комиссию врач-профпатолог. Состав врачебной комиссии утверждается приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации. Комиссия должна быть в штатном составе исполнителя. 8. Медицинская организация осуществляет освидетельствование работникам в соответствии с указанными данными, вредными и (или) опасными производственными факторами, видами работ, указанных в направлении. 9. Медицинская организация, при проведении предварительных осмотров обследуемым лицам, обеспечивает прохождение:  * анкетирование в целях сбора анамнеза, выявления отягощённой наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесённой транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни лёгких, заболеваний желудочно-кишечного тракта, дорсопатий; определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности. * следующие исследования: * расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, который проходят граждане в возрасте от 18 лет и старше; * общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ); * клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка); * электрокардиография в покое, которую проходят граждане в возрасте от 18 лет и старше; * измерение артериального давления на периферических артериях, которое проходят граждане в возрасте от 18 лет и старше; * определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода), которое проходят граждане в возрасте от 18 лет и старше; * исследование уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода), которое проходят граждане в возрасте от 18 лет и старше; * определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 40 лет включительно. Сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы; * определение абсолютного сердечно-сосудистого риска - у граждан в возрасте старше 40 лет; * флюорография или рентгенография лёгких в двух проекциях (прямая и правая боковая) для граждан в возрасте 18 лет и старше. Флюорография, рентгенография лёгких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки; * измерение внутриглазного давления при прохождении предварительного осмотра, выполняется у граждан в возрасте с 40 лет и старше. * осмотр врача-терапевта, врача-невролога, врача-психиатра и врача-нарколога; * женщины - осмотр врачом - акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследования, ультразвуковое исследование органов малого таза; * женщины в возрасте старше 40 лет - маммографию обеих молочных желез в двух проекциях. Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желёз. * Иные исследования и осмотры врачей-специалистов, предусмотренные приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 29н, в том числе при контакте с "А", "К", "Ф", "Р" к обязательному объему обследования дополнительно привлекаются необходимые для проведения осмотра врачи-специалисты: для "А", "К" - врач-дерматовенеролог, врач-оториноларинголог; для "Р" - врач-хирург веществами, отмеченными в приложении приказа №29н от 28.01.2021, знаками. * Для "К", "Ф" - проводится цифровая рентгенография лёгких в двух проекциях.  1. Медицинская организация на лицо, проходящего предварительный осмотр, *оформляет медицинскую карту*, в которую вносятся заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и иных исследований, заключение по результатам предварительного осмотра. Ведение медицинской карты может осуществляться в форме электронного документа. 2. Медицинская организация, в случае затруднений в оценке результатов осмотра, выдаёт справку о необходимости дополнительного медицинского обследования. Заказчику направляется информация о выдаче такой справки. 3. По окончании прохождения работником предварительного осмотра медицинской организацией оформляется в оригинале *заключение по его результатам*. В заключении указываются:  * дата выдачи; * фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол лица, поступающего на работу; * наименование работодателя; * наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), должности (профессии) или вида работы; * наименование вредных и (или) опасных производственных факторов, видов работ; * результаты предварительного осмотра: медицинские противопоказания к работе выявлены (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания) или медицинские противопоказания к работе не выявлены; группа здоровья лица, поступающего на работу.  1. Заключение подписывается председателем врачебной комиссии с указанием его фамилии и инициалов, и заверяется печатью (при наличии) медицинской организации, проводившей медицинский осмотр. 2. Заключение составляется в 3 (трех) экземплярах, один экземпляр которого **не позднее 5 (пяти) рабочих дней** выдаётся лицу, поступающему на работу, второй экземпляр Заключения приобщается к медицинской карте, оформляемой в медицинской организации, в которой проводился предварительный осмотр, третий - направляется работодателю. |
| 11 | Требования к Исполнителю, сроку, качеству и предоставлению гарантий на оказание услуг **психиатрического освидетельствования** | **Основные требования:**   * 1. Услугу по проведению психиатрического освидетельствования должна выполнять медицинская организация;   2. Медицинская организация должна быть зарегистрированная в качестве юридического лица;   3. Медицинская организация должна обладать гражданской правоспособностью для заключения договора;   4. Медицинская организация должна иметь соответствующую лицензию в соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»;   5. Медицинская организация должна иметь созданную *врачебную комиссию*, для проведения обязательного психиатрического освидетельствования работника, которая должна быть утверждена органом управления здравоохранения, в состав комиссии входят врачи и специалисты, прошедшие в установленном порядке повышение квалификации по специальности, состоящие в штате медицинской организации;   6. Освидетельствование работников проводить в точном соответствии с правилами прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности;   7. В случае изменения лицензии/прекращении действия, а также изменении состава комиссии, в письменном виде, не позднее 10 (десяти) календарных дней, до изменений, проинформировать заказчика;   8. Организация и проведение психиатрического освидетельствования собственными силами;   9. Услуги психиатрического освидетельствования оказываются исполнителем, не менее, чем по 2 (двум) адресам нахождения, один из которых, расположен в городе Щербинка/Подольск и/или *Исполнитель проводит психиатрическое освидетельствование по адресу нахождения Заказчика*;   10. Исполнитель может быть государственным бюджетным учреждением, которое имеет право проводить обязательное психиатрическое освидетельствование;   11. Исполнитель обязан обеспечить организацию оказания медицинских услуг надлежащего качества, с использованием достоверных и сертифицированных методов исследования и высококачественных тест-систем;   12. Исполнитель должен обеспечить получение письменного информированного добровольного согласия гражданина на проведение ОПО, медицинское вмешательство, а также на обработку персональных данных в рамках действующего законодательства или оформляется отказ, Приложение №1 (формы) к настоящему Техническому заданию;   13. Исполнитель должен обеспечить при оказании услуг соблюдение медицинских норм и правил, в том числе, санитарно-эпидемиологический режим;   14. Обеспечить соблюдение врачебной тайны и режима конфиденциальности в отношении информации, полученной в процессе психиатрического освидетельствования;   15. **В течение 5 (пяти) рабочих дней месяца**, следующего за отчётным, представить на подпись Заказчику Акт (ы) сдачи-приёмки оказанных услуг и счета за оказанные услуги;   16. Обеспечить ведение медицинской документации и учёта лиц, направляемых на психиатрическое освидетельствование в соответствии с действующим законодательством;   17. Исполнитель обязан, с согласия лица, направленного на психиатрическое освидетельствование, предоставлять заказчику сведения медицинского характера в части его касающейся, возникающие во время исполнения услуги;   18. Исполнитель обязан принять к сведению у лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию результаты электроэнцефалографического исследования, выполненного не позднее, чем за 12 месяцев до момента прохождения психиатрического освидетельствования и выданное в установленном порядке, аккредитованной медицинской организацией;   19. Исполнитель обязуется ко дню проведения обязательного психиатрического освидетельствования, согласованному с Заказчиком, обеспечить установку необходимого оборудования и его работоспособность. Медицинское оборудование, используемое Исполнителем при оказании услуг, должно быть технически исправным, разрешённым к эксплуатации на территории Российской Федерации. Качество и показатели безопасности должны соответствовать требованиям государственных стандартов Российской Федерации, санитарно-эпидемиологическим требованиям   20. Инструменты и расходные материалы, используемые Исполнителем при оказании услуг, должны быть разрешены к применению на территории Российской Федерации, соответствовать государственным и международным стандартам, иметь сертификат (декларацию) соответствия (качества), санитарно-эпидемиологическое заключение, регистрационное удостоверение   21. Юридический и фактический адрес Исполнителя, а также его филиалов должны быть на территории города Москвы и/или г. Щербинки.   **Завершение психиатрического освидетельствования:**   1. Психиатрическое освидетельствование освидетельствованного лица АО «ЩЛЗ» считается завершённым после выдачи работнику, под подпись, **не позднее 3 (трех) дней** после его принятия, в письменной форме, *Решения врачебной комиссии*, Приложение №1 (формы) к настоящему Техническому заданию. В этот же срок заказчику направляется сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи его работнику. *Освидетельствование работника проводится в срок не более 20 (двадцати) дней с даты его обращения в комиссию.* 2. Решение Комиссии фиксируется в медицинской карте работника. 3. Факт оказания Услуг подтверждается Актом оказанных услуг за соответствующий период, подписанным Сторонами.   **Порядок проведения психиатрического освидетельствования:**   * 1. Психиатрическое освидетельствования осуществляется исполнителем в часы работы или по предварительному согласованию между Заказчиком и Исполнителем.   2. Списки лиц, на проведение психиатрического освидетельствования оформляются и предоставляются исполнителю по форме, Приложение №1 (формы) к настоящему Техническому заданию.   3. Исполнитель осуществляет проведение психиатрического освидетельствования работников АО «ЩЛЗ» в соответствии с утверждённым графиком работ заведения.   4. Приём работников АО «ЩЛЗ» осуществляется на основании выданного в установленном порядке направлении, Приложение №1 (формы) к настоящему Техническому заданию.   5. Освидетельствование работника проводится врачебной комиссией.   6. В рамках межведомственных взаимоотношений, в целях освидетельствования комиссия вправе запрашивать у медицинских учреждений дополнительные сведения, о чем работник ставится в известность. Комиссия принимает соответствующее решение в течение 10 (десяти) дней после получения дополнительных сведений.   7. В процессе ОПО работнику проводится: * осмотр врачами-психиатрами, психиатрами-наркологами в составе Комиссии; * электроэнцефалограмма (ЭЭГ) для отдельных категорий профессий; * электрокардиограмма (ЭКГ); * экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) по показаниям; * х[имико-токсикологическое исследование мочи](http://sunmedexpert.ru/dopolnitelnyeuslugi/spravki/spravka-454u-06/) (ХТИ).   **Дополнительные условия/расходы:**   1. Транспортные расходы входят в стоимость оказания услуг. 2. Стоимость расходных материалов входят в стоимость оказания услуг. 3. О замене работника (представителя) с каждой стороны обязаны сообщить друг другу в течение 5 (пяти) календарных дней с момента замены. |
| 12 | Порядок расчетов | Оплата производится заказчиком в безналичной форме путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя на основании выставленного исполнителем счёта в течение 10 (десяти) рабочих дней после получения медицинских Заключений;  **Стоимость не подлежит изменению на весь период оказания услуг.** |

**Приложение №1. Обязательные формы документации (приложения к договору)**

Приложение №1

к Договору №\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация (предприятие)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование организации (предприятия), форма собственности, отрасль экономики

(адрес)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**НА ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, адрес регистрации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на психиатрическое освидетельствование с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (перечень выполняемых работ и вредных и (или) опасных производственных факторов)

Освидетельствование прошу провести в соответствии с постановлением Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 28.04.1993 N 377 с дополнениями и изменениями, утверждёнными постановлениями Правительства РФ от 23.05.1998 N 486, от 31.07.1998 N 866, от 21.07.2000 N 546, постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 N 695, приказом Минтруда России N 988н, Минздрава России N 1420н от 31.12.2020.

По результатам психиатрического освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

решение комиссии о его (ее) годности (негодности) к выполнению поручаемой работы прошу выдать на руки обследуемому.

Направление выдал:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Должность |  | Подпись |  | Ф.И.О. |

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

Печать учреждения

Приложение №2

к Договору №\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

Штамп медицинского учреждения

**РЕШЕНИЕ**

**ВРАЧЕБНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированному(ой)

по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (населённый пункт, улица, дом, квартира)

прошедшему(ей) психиатрическое освидетельствование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения)

В соответствии с постановлением Совета Министров - Правительства РоссийскойФедерации от 28.04.93 N 377 с дополнениями и изменениями, утверждёнными постановлениями Правительства РФ от 23.05.1998 N 486, от 31.07.1998 N 866, от 21.07.2000 N 546, постановлением Правительства РФ от 23.09.2002 N 695, приказом Минздравсоцразвития от 16.08.2004 N 83 по результатам психиатрического освидетельствования:

Отсутствуют (имеются) противопоказания к работе в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать влияние вредных веществ и (или) неблагоприятных производственных факторов)

Врачебная психиатрическая комиссия:

Председатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, Ф.И.О.)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, Ф.И.О.)

Дата выдачи:

Печать учреждения:

Приложение №3

к Договору №\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

Реквизиты медицинского учреждения, проводящего психиатрического освидетельствования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование организации (учреждения, предприятия) направившей работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СООБЩЕНИЕ**

**ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ**

**ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ РАБОТНИКОВ**

Настоящим уведомляем, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (год рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес регистрации)

прошёл освидетельствование врачебной психиатрической комиссией. Решение врачебной комиссии по обязательному психиатрическому освидетельствованию принято \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата)

Решение врачебной комиссии по обязательному психиатрическому освидетельствованию выдано работнику \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О., дата)

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

(подпись, Ф.И.О.)

Печать учреждения

Приложение №4

к Договору №\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

**Список работников**

**АО «ЩЛЗ»**

**направляемых на психиатрическое освидетельствование**.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | ФИО | Дата рождения | Паспортные данные | Адрес регистрации | Должность | Вредные работы,  вредные и (или) опасные производственные факторы в соответствии с ПП 377 от 28.04.1993г. |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| \*Список оформляется в формате Excel | | | | | | |

Приложение №5

к Договору №\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

**Календарный план прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работников**

|  |  |
| --- | --- |
| **Период проведения обследования** | **Количество работников** |
| дата начала – дата окончания | количество |
| дата начала – дата окончания | количество |
| дата начала – дата окончания | количество |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

|  |  |
| --- | --- |
| «Заказчик» | «Исполнитель» |
|  | Генеральный директор |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О./  м.п. |

Приложение №6

к Договору №\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

**Информированное добровольное согласие  
на обязательное психиатрическое освидетельствование**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю своё согласие на проведение мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

"\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_ года.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач психиатр, психиатр-нарколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Заказчик»** | **«Исполнитель»** |
|  | **Генеральный директор** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**Ф.И.О.**/**  м.п. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**Ф.И.О./**/**  м.п. |

Приложение №7

к Договору №\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

**Отказ  
от обязательного психиатрического освидетельствования**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отказываюсь от проведения мне обязательного психиатрического освидетельствования.

Настоящим подтверждаю, что мне разъяснены возможные последствия отказа от обязательного психиатрического освидетельствования, включая возможность и обязанность работодателя не допускать меня к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности.

"\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач психиатр, психиатр-нарколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Заказчик»** | **«Исполнитель»** |
|  | **Генеральный директор** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**Ф.И.О.**/**  м.п. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** Ф.И.О.**/**  м.п. |
|  |  |