

**Пример заполнения Акта о случае профессионального заболевания (подготовлено экспертами компании "Гарант", февраль 2023 г.)**

**Утв. постановлением Правительства РФ  
от 5 июля 2022 г. N 1206**

ГАРАНТ: См. данную форму в редакторе MS-Word

Подготовлено с использованием системы ГАРАНТ

Приложение  
к Правилам расследования и учета случаев  
профессиональных заболеваний работников,  
утв. постановлением Правительства  
Российской Федерации  
от 5 июля 2022 г. № 1206

**УТВЕРЖДАЮ**

Руководитель (заместитель руководителя)  
органа или учреждения федерального государственного  
санитарно-эпидемиологического контроля (надзора)

**в Рязанской области**

(административная территория)

**Е.А. Панова Е.Панова**

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

« **16** » **марта** **2023** год

Печать

**АКТ**

**о случае профессионального заболевания**

от « **16** » **марта** **2023** г.

- Лазарев Алексей Петрович, 1984 года рождения**  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения пострадавшего)
- Дата направления извещения о заключительном диагнозе профессионального заболевания,  
наименование и адрес медицинской организации, установившей диагноз **20.02.2023**  
(дата,  
**ГБУ Рязанская областная клиническая больница (ГБУ РО ОКБ);**  
наименование медицинской организации,  
**390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, 7а**  
адрес юридического лица)
- Заключительный диагноз **Аллергический контактный дерматит**  
(в соответствии с перечнем профессиональных заболеваний,  
утвержденным приказом Минздрава России от 27 апреля 2012 г. № 417н)
- Наименование работодателя **Общество с ограниченной ответственностью "Титан",**  
(полное наименование,  
**390037, Рязанская область, г. Рязань, ул. Новоселов, д. 521, ОКВЭД 41.20; ОКПО 49581445**  
адрес юридического лица, коды ОКПО, ОКВЭД, ИНН)
- Наименование цеха, участка, производства, сведения об индивидуальном номере рабочего места,  
который определяется по результатам проведения специальной оценки условий труда  
**строительный участок №1; индивидуальный номер рабочего места 11**
- Профессия (должность) повлекшая профессиональное заболевание

который определяется по результатам проведения специальной оценки условий труда  
**строительный участок №1; индивидуальный номер рабочего места 11**

6. Профессия (должность), повлекшая профессиональное заболевание \_\_\_\_\_

**штукатур-маляр**

7. Общий стаж работы \_\_\_\_\_ **10 лет 11 месяцев**

8. Стаж работы в данной профессии \_\_\_\_\_ **4 года 9 месяцев**

9. Стаж работы в условиях воздействия вредных и опасных производственных факторов

**4 года 9 месяцев**

(виды фактически выполняемых работ в особых условиях, не указанных в трудовой книжке

и (или) сведениях о трудовой деятельности, предусмотренных статьей 66<sup>1</sup> Трудового кодекса

Российской Федерации, вносятся с отметкой «со слов работающего»)

Подготовлено с использованием системы ГАРАНТ

10. Дата начала расследования 22.02.2023

Комиссией в составе:

председателя Пановой Е.А. - главного врача ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области»  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

членов комиссии Лисовец В.Е., заместитель директора ООО «Титан»  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

Сумарокова Д.М., начальник отдела охраны труда ООО «Титан»  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

Звягинцева А.В., председатель профсоюзного комитета ООО «Титан»  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

Пригожина Т.М., заведующая отделением профпатологии ГБУ РО ОКБ  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)

Титова С.М., специалиста Главного управления Социального фонда России в городе Рязани Рязанской области

проведено расследование случая профессионального заболевания

Аллергический контактный дерматит  
(диагноз)

и установлено профессиональное заболевание Аллергический контактный дерматит  
(диагноз)

11. Дата (время) заболевания \_\_\_\_\_  
(заполняется при остром профессиональном заболевании)

12. Дата и время поступления в орган или учреждение федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) извещения об установлении заключительного диагноза — острое профессиональное заболевание или хроническое профессиональное заболевание, его уточнении или отмене 21.02.2023

13. Сведения о трудоспособности Утратил трудоспособность, направлен в учреждение  
(трудоспособен на своей работе,

медико-социальной экспертизы  
утратил трудоспособность, переведен на другую работу, направлен

в федеральное учреждение медико-социальной экспертизы)

14. Профессиональное заболевание выявлено при медицинском осмотре, при обращении (нужное подчеркнуть)

15. Имелось ли у работника ранее установленное профессиональное заболевание, направлялся ли в центр профессиональной патологии (к врачу-профпатологу) для установления профессионального заболевания нет  
(да, нет)

16. Наличие профессиональных заболеваний в данном цехе, на участке, производстве или (и) в профессиональной группе нет

17. Профессиональное заболевание возникло при обстоятельствах и условиях:

Несовершенство технологии: контакт с кожей веществ, преимущественно аллергенного  
(дается полное описание конкретных фактов нарушения требований

действия, входящих в состав растворителей и производственных аэрозолей сложного состава  
технических регламентов, требований к организации производственного процесса,

в концентрациях, превышающих ПДК. Работы производятся методом ручной окраски кистями  
нарушения режима эксплуатации технологического оборудования, приборов, рабочего инструментария;

и механизированной окраски распылением.  
нарушения режима труда и отдыха, возникновения аварийной ситуации,

выхода из строя защитных средств, освещения;

несоблюдения требований охраны труда, производственной санитарии;

несовершенства технологии, неисправности механизмов, оборудования, рабочего инструментария;

неэффективности работы систем вентиляции, кондиционирования воздуха, иных средств коллективной защиты;

Подготовлено с использованием системы ГАРАНТ

неприменения или неправильного применения средств индивидуальной защиты;

отсутствия мер и средств спасения;

приводятся сведения из санитарно-гигиенической характеристики условий труда работника

и других документов, включая отчет о результатах проведения специальной оценки условий труда;

вклад периодов работы работника во вредных и опасных условиях труда на предыдущих местах работы)

18. Причиной профессионального заболевания или отравления послужило: **длительное**, кратковременное (в течение рабочей смены), однократное воздействие на организм человека вредных производственных факторов или веществ (нужное подчеркнуть) **Пребывание работника**

(указывается количественная и качественная

**(70% рабочего времени) в условиях комплекса химических веществ, входящих в состав**

характеристика вредных производственных факторов в соответствии с результатами

**растворителей и производственных аэрозолей сложного состава, обладающих аллергенным**

проведения специальной оценки условий труда или производственного контроля условий труда,

**действием (кетоны, в том числе ацетон; уайт-спирит, альдегиды алифатические и ароматические (формальдегид <A><K><P>, ацетальдегид, акролеин, бензальдегид и прочие). Условия труда на рабочем месте: вредные условия труда (класс 3.2).**

если специальная оценка условий труда не проводилась)

19. Наличие вины работника (в процентах) и ее обоснование **нет**

20. Заключение:

на основании результатов расследования установлено, что настоящее заболевание (отравление) является профессиональным и возникло в результате воздействия вредного производственного фактора (вредных производственных факторов) **Несовершенство технологии: контакт с кожей**

(указываются

**веществ, преимущественно аллергенного действия, входящих в состав растворителей и производственных аэрозолей сложного состава в концентрациях, превышающих ПДК.**

конкретные обстоятельства и условия)

Непосредственной причиной заболевания послужило **Длительное воздействие веществ,**

(указывается

**обладающих аллергенным действием, входящих в состав растворителей, производственных**

конкретный вредный производственный фактор)

**аэрозолей сложного состава в концентрациях, превышающих ПДК.**

21. Лица, допустившие нарушения государственных санитарно-эпидемиологических правил и иных нормативных актов:

**Лица, допустившие нарушения санитарных правил, норм и гигиенических нормативов,**

(фамилия, имя, отчество (при наличии), с указанием нарушенных ими положений, правил и иных актов)

**устанавливающих критерии безопасности и (или) безвредности для человека,**

(фамилия, имя, отчество (при наличии), с указанием нарушенных ими положений, правил и иных актов)

**не установлены.**

22. В целях ликвидации и предупреждения профессиональных заболеваний или отравлений предлагается **- провести внеплановый инструктаж по охране труда с работниками,**

**выполняющими работы на строительном участке №1;**

**- обновить средства индивидуальной защиты: приобрести комбинезоны из нетканых материалов, перчатки с полимерным покрытием, очки защитные и средства для защиты органов дыхания.**

23. Прилагаемые материалы расследования **Приказ о расследовании случая профессионального заболевания от 21.02.2023 № 15;**

**Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда работника.**

**Заключение уполномоченного органа по проведению государственной экспертизы условий труда о характере и условиях труда работников.**

Подготовлено с использованием системы ГАРАНТ

Медицинское заключение о наличии профессионального заболевания отделения профпатологии ГБУ РО ОКБ от 21.02.2023 № 2.

Извещение о заключительном диагнозе отделения профпатологии ГБУ РО ОКБ от 21.02.2023 № 2.

Медицинские заключения по результатам обязательного предварительного и периодических медицинских осмотров от 11.06.2019; 10.06.2020; 10.06.2021; 08.06.2022.

Выписка из журналов регистрации инструктажей и протоколов проверки знаний работника по охране труда.

Протоколы объяснений работника, опросов лиц, работавших с ним.

Результаты специальной оценки условий труда рабочего места работника; копии документов, подтверждающих выдачу работнику средств индивидуальной защиты.

Выписка из медицинской карты амбулаторного больного из поликлиники, к которой прикреплен работник для медицинского обслуживания по месту жительства.

24. Подписи членов комиссии:

Лисовец В.Е. 16.03.2023

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

Сумароков Д.М. 16.03.2023

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

Звягинцев Я.В. 16.03.2023

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

Пригожина Т.М. 16.03.2023

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

Шитов С.М. 16.03.2023

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

25. Члены комиссии, не согласные с решением комиссии или не подписавшие акт:

нет

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата)

М. П.