Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. №\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование и адрес медицинской организации  (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности) ОГРН (ОГРНИП)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Медицинская документация  Учетная форма № 316-1/у  Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации  от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ |

**Медицинское заключение об окончательном диагнозе пострадавшего   
от несчастного случая на производстве**

|  |  |
| --- | --- |
| Выдано |  |
|  | (фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая должность(профессия) пострадавшего) |

о том, что он (она) проходил(ла) лечение:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в период с « | |  | » |  | 20 |  | г. по « |  | » |  | 20 |  | г. | |
| по поводу | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | (указать все виды повреждения здоровья, полученные в результате | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| несчастного случая на производстве и коды диагнозов по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| в период с « |  | » |  | 20 |  | г. по « |  | » |  | 20 |  | г. |

по поводу лечения заболевания, не связанного с несчастным случаем на производстве.

Окончательный диагноз (код диагноза по международной статистической классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем) пострадавшего   
от несчастного случая на производстве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(с указанием характера и локализации повреждений здоровья)

Последствия несчастного случая на производстве: выздоровление; рекомендован перевод на другую работу; направлен на проведение медико-социальной экспертизы; летальный исход (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи медицинского заключения: число\_\_\_\_\_\_ месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующий отделением  (или главный врач) |  |  |  |
|  | (подпись, усиленная квалифицированная электронная подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |
| Лечащий врач |  |  |  |
|  | (подпись, усиленная квалифицированная электронная подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |

М.П.