**ОБРАЗЕЦ ПИСЬМА-ЗАПРОСА**

**в учреждение здравоохранения о характере и степени тяжести повреждений у пострадавшего при несчастном случае на производстве**

Главному врачу

 (название учреждения здравоохранения)

В соответствии со ст.229.2 Трудового кодекса РФ, прошу Вас дать заключение
о характере и степени тяжести телесных повреждений, получен-
ных работником нашего учреждения

 (фамилия, имя, отчество пострадавшего, год рождения)

в результате несчастного случая на производстве, происшедшего

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

 (дата происшествия несчастного случая)

Указанные сведения необходимы для установления объектив­ных обстоятельств и причин данного несчастного случая в со­ответствии с требованиями Положения об особенностях расследования нечастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях, утвержденного постановле­нием Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 24 октября 2002 г., № 73.

Руководитель учреждения

 (Ф. И. О., подпись, дата)

**ОБРАЗЕЦ ПИСЬМА-ЗАПРОСА**

**в орган судебно-медицинской экспертизы о характере**

**повреждений и причине смерти пострадавшего при**

**несчастном случае на производстве**

 Судебно-медицинскому эксперту

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

 (название учреждения судебно-медицинской экспертизы)

В соответствии со ст. 229.2.Трудового кодекса РФ прошу Вас выдать выписку из заключения

судебно-медицинской экспертизы о характере теле­сных повреждений, явившихся

причиной смерти

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

 (фамилия, имя, отчество пострадавшего, год рождения)

погибшего при несчастном случае на производстве

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

(дата происшествия несчастного случая)

Указанные сведения необходимы для установления объективных обстоятельств и причин данного несчастного случая в соответствии с требованиями Положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях, утвержденного постановле­нием Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 24 октября 2002 г., № 73.

# Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 апреля 2005 г. N 275"О формах документов, необходимых для расследования несчастных случаев на производстве"

В целях реализации статьи 229 Трудового кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 1 (ч. I), ст. 3), постановления Правительства Российской Федерации от 31 августа 2002 г. N 653 "О формах документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве и об особенностях расследования несчастных случаев на производстве" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 36, ст. 3497) и пункта 5.2.68. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898) приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Учетную форму N 315/у "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести " согласно [приложению N 1](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1000).

1.2. Учетную форму N 316/у "Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве" согласно [приложению N 2](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_2000).

1.3. Рекомендации по заполнению учетной [формы N 315/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1000) "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести" согласно [приложению N 3](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_3000).

1.4. Рекомендации по заполнению учетной [формы N 316/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_2000) "Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве" согласно [приложению N 4](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_4000).

2. Учетные формы [N 315/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1000) "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести", [N 316/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_2000) "Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве" и рекомендации по их заполнению, утвержденные настоящим приказом, ввести в действие - в установленном порядке.

|  |  |
| --- | --- |
| Министр  | М.Ю. Зурабов |

Зарегистрировано в Минюсте РФ 20 мая 2005 г.

Регистрационный N 6609

**Приложение N 1**

**к** [**приказу**](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_0) **Министерства здравоохранения**

**и социального развития РФ**

**от 15 апреля 2005 г. N 275**

 Медицинская документация

Наименование медицинской Учетная форма N 315/у

организации (штамп) Утверждена приказом

 Минздравсоцразвития России

 от 15 апреля 2005 г. N 275

**Медицинское заключение**

**о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного**

**случая на производстве и степени их тяжести**

 Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации (индивидуального предпринимателя),

 по запросу которой (ого) выдается медицинское заключение)

о том, что пострадавший\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая

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

 должность(профессия) пострадавшего)

поступил в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование медицинской организации, ее структурного

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

 подразделения, куда поступил пострадавший, дата и время

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

 поступления(обращения)

 Диагноз и код диагноза по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (с указанием характера и

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

 локализации повреждений здоровья)

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

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

 Согласно Схеме определения степени тяжести повреждения здоровья при

несчастных случаях на производстве указанное повреждение относится к

категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать степень тяжести травмы:

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

 тяжелая, легкая)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(или главный врач) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П.

**Приложение N 2**

**к приказу Министерства здравоохранения**

**и социального развития РФ**

**от 15 апреля 2005 г. N 275**

 Медицинская документация

Наименование медицинской Учетная форма N 316/у

организации (штамп) Утверждена приказом

 Минздравсоцразвития России

 от 15 апреля 2005 г. N 275

**Справка**

**о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного**

**случая на производстве**

 Дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая должность

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

 (профессия) и место работы пострадавшего)

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

- в период с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_г. по "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_г.

по поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать все виды повреждения здоровья, полученные в результате

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

 несчастного случая на производстве и коды диагнозов по МКБ-10)

- в период с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_г. по "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_г.

по поводу лечения заболевания, не связанного с несчастным случаем на

производстве.

 Последствия несчастного случая на производстве: выздоровление;

рекомендован перевод на другую работу; установлена инвалидность III, II,

I групп; летальный исход (нужное подчеркнуть)

Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(или главный врач) (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П.

**Приложение N 3**

**к** [**приказу**](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_0) **Министерства здравоохранения**

**и социального развития РФ**

**от 15 апреля 2005 г. N 275**

# Рекомендациипо заполнению учетной формы N 315/у"Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести"

Учетная [форма N 315/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1000) "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести" (далее - Медицинское заключение) заполняется в соответствии со Схемой определения тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 24 февраля 2005 г. N 160 (зарегистрирован в Минюсте России 7 апреля 2005 г., регистрационный N 6478), а выдается по запросу организации, индивидуального предпринимателя медицинской организацией, куда впервые обратился за медицинской помощью пострадавший в результате несчастного случая на производстве (далее - пострадавший), незамедлительно после поступления запроса.

В графах "[Выдано](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1001)", "[о том, что пострадавший поступил в](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1002)" указывается полностью фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая должность (профессия) пострадавшего, дата и время поступления (обращения) в медицинскую организацию.

В [графе](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1003) "Диагноз и код диагноза по МКБ-10" приводятся полный диагноз с указанием характера и локализации повреждения здоровья и код диагноза по Международному классификатору болезней (МКБ-10), заключение о том, к какой категории относится имеющееся повреждение здоровья.

На выдаваемой учетной [форме N 315/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1000) "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести" должны быть штамп и печать медицинской организации, подпись лечащего врача и заведующего отделением (или главного врача), дата выдачи.

В случае госпитализации пострадавшего Медицинское заключение выдается заведующим отделением медицинской организации, где проводится лечение.

О выданном Медицинском заключении лечащим врачом делается запись в Медицинскую карту амбулаторного больного (учетная форма N 025/у) или в Медицинскую карту стационарного больного (учетная форма N 003/у) с указанием даты выдачи.

После окончания лечения пострадавшего в стационаре в Выписке из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (учетная форма N 027/у) делается отметка о характере полученных повреждений здоровья и степени их тяжести на момент поступления и на момент выписки из стационара.

Врачи скорой и неотложной медицинской помощи учетную [форму N 315/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_1000) "Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести" не заполняют.

**Приложение N 4**

**к** [**приказу**](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_0) **Министерства здравоохранения**

**и социального развития РФ**

**от 15 апреля 2005 г. N 275**

# Рекомендациипо заполнению учетной формы N 316/у"Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве"

Учетная [форма N 316/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_2000) "Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве" (далее - Справка) заполняется и выдается на руки пострадавшему медицинской организацией по окончании лечения.

В [графе](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_2001) "Дана" указывается полностью фамилия, имя, отчество, возраст, занимаемая должность (профессия) и место работы пострадавшего. В том случае, если в период лечения повреждения здоровья, полученного в результате несчастного случая на производстве, пострадавшему в продолжение листка нетрудоспособности проводилось лечение или обследование по другому заболеванию, не связанному с полученным повреждением здоровья, то периоды нахождения пострадавшего на листке нетрудоспособности указываются в соответствующих графах раздельно.

Виды повреждения здоровья пострадавшего указываются с учетом всех повреждений, полученных в результате несчастного случая на производстве, включая повреждения, указанные в Выписке из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного" (учетная форма N 027/у).

На выдаваемой Справке должны быть штамп и печать медицинской организации, подпись лечащего врача и заведующего отделением (главного врача), дата выдачи.

О выданной Справке лечащим врачом делается запись в Медицинской карте амбулаторного больного (учетная форма*#* N 025/у) или Медицинской карте стационарного больного (учетная формы N 003/у) с указанием даты выдачи.

На основании учетной [формы N 316/у](http://www.ed-union.ru/Files/doc10344.doc#sub_2000) "Справка о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве" заполняются пункты 2, 3 формы 8 "Сообщение о последствиях несчастного случая на производстве и принятых мерах", утвержденной постановлением Минтруда России от 24 октября 2002 г. N 73 (зарегистрировано в Минюсте России 5 декабря 2002 г., регистрационный N 3999).

Руководитель учреждения

 (Ф. И. О., подпись, дата)

**Министерство здравоохранения и социального развития**

**Российской федерации**

**Приказ**

**от 30 декабря 2009 г. N 1045н**

**Об утверждении статистического инструментария**

**по учету пострадавшего от несчастного случая на производстве**

В соответствии с пунктом 5.2.100.1 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11, ст. 1036; N 15, ст. 1555; N 23, ст. 2713; N 42, ст. 4825; N 46, ст. 5337; N 48, ст. 5618; 2009, N 3, ст. 378; N 2, ст. 244; N 6, ст. 738; N 12, ст. 1427, 1434; N 33, ст. 4083, 4088; N 43, ст. 5064; N 45, ст. 5350), в целях взаимодействия медицинских организаций с государственными инспекциями труда в субъектах Российской Федерации и упорядочения ведения учета пострадавших от несчастных случаев на производстве приказываю:

1. Утвердить:

учетную форму N 59-НСП/у "Извещение о пострадавшем от несчастного случая на производстве, обратившемся или доставленном в медицинскую организацию" согласно приложению N 1;

инструкцию по заполнению учетной формы N 59-НСП/у "Извещение о пострадавшем от несчастного случая на производстве, обратившемся или доставленном в медицинскую организацию" согласно приложению N 2.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации обеспечить введение учетной формы, утвержденной настоящим Приказом, в подведомственных организациях.

Министр Т.А.ГОЛИКОВА

**Приложение N 1**

**к Приказу Минздравсоцразвития России**

**от 30 декабря 2009 г. N 1045н**

 Учетная документация

Учетная форма N 59-НСП/у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена Приказом

 (наименование медицинской Минздравсоцразвития России

 организации) от 30 декабря 2009 г. N 1045н

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

 (адрес, телефон) Представляется в государственную

 инспекцию труда в субъекте

 Российской Федерации по месту

 нахождения медицинской организации

 Извещение

 о пострадавшем от несчастного случая на производстве,

 обратившемся или доставленном в медицинскую организацию

1. Ф.И.О. пострадавшего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┐ ┌─┐

2. Пол: М 1 │ │, Ж 2 │ │

 └─┘ └─┘

 ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

3. Дата рождения: │ ││ │.│ ││ │.│ ││ ││ ││ │

 └─┘└─┘ └─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘

4. Способ обращения в медицинскую организацию:

 ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

самостоятельно 1 │ │, доставлен машиной 2 │ │, доставлен 3 │ │

 └─┘ скорой помощи └─┘ работодателем └─┘

 (его представителем)

5. Место работы пострадавшего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (название, адрес организации)

 ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

6. Дата обращения в медицинскую организацию: │ ││ │.│ ││ │.│ ││ ││ ││ │

 └─┘└─┘ └─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘

 ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐

7. Время обращения в медицинскую организацию: │ ││ │-│ ││ │

 └─┘└─┘ └─┘└─┘

 ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

8. Дата происшедшего несчастного случая: │ ││ │.│ ││ │.│ ││ ││ ││ │

 └─┘└─┘ └─┘└─┘ └─┘└─┘└─┘└─┘

 ┌─┐┌─┐ ┌─┐┌─┐

9. Время происшедшего несчастного случая: │ ││ │-│ ││ │

 └─┘└─┘ └─┘└─┘

10. Диагноз при обращении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐┌─┐

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код диагноза по МКБ-10 │ ││ ││ ││ ││ │

 └─┘└─┘└─┘└─┘└─┘

11. Краткая информация со слов пострадавшего об обстоятельствах несчастного

случая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата заполнения (подпись) (фамилия, должность медицинского

 извещения) работника, составившего извещение)

 **Приложение N 2**

**к Приказу Минздравсоцразвития**

**России от 30 декабря 2009 г. N 1045н**

**ИНСТРУКЦИЯ**

**ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 59-НСП/У "ИЗВЕЩЕНИЕ**

**О ПОСТРАДАВШЕМ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ,**

**ОБРАТИВШЕМСЯ ИЛИ ДОСТАВЛЕННОМ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ"**

1. Учетная форма N 59-НСП/у "Извещение о пострадавшем от несчастного случая на производстве, обратившемся или доставленном в медицинскую организацию" (далее - Извещение) является формой первичной медицинской документации, содержащей сведения, необходимые для учета несчастных случаев на производстве.

2. Извещение заполняется медицинскими организациями на каждого пострадавшего от несчастного случая на производстве (далее - пострадавший), обратившегося или доставленного в медицинскую организацию.

3. Медицинская организация в срок не более одних суток направляет Извещение в государственную инспекцию труда в субъекте Российской Федерации по месту своего нахождения.

4. В Извещении указываются полное наименование медицинской организации, составившей Извещение, ее почтовый адрес и телефон.

5. При заполнении Извещения указывается:

в строке 1 - фамилия, имя, отчество пострадавшего полностью, без сокращений;

в строке 2 - пол пострадавшего: мужской или женский;

в строке 3 - дата рождения: число, месяц, год;

в строке 4 - способ обращения в медицинскую организацию: самостоятельно, доставлен машиной скорой помощи или доставлен работодателем (его представителем);

в строке 5 - место работы пострадавшего: название организации полностью, фактический адрес организации;

в строке 6 - дата обращения в медицинскую организацию: число, месяц, год;

в строке 7 - время обращения в медицинскую организацию: часы, минуты;

в строке 8 - дата происшедшего несчастного случая: число, месяц, год;

в строке 9 - время происшедшего несчастного случая: часы, минуты;

в строке 10 - диагноз при обращении в медицинскую организацию, код диагноза по МКБ-10;

в строке 11 - краткая информация со слов пострадавшего об обстоятельствах несчастного случая.

6. Извещение заполняется на бланке формата A5. Срок хранения Извещения 45 лет.

7. Извещение подписывается медицинским работником, составившим его, с расшифровкой фамилии, указанием должности и даты заполнения Извещения.