

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ
на проведение периодического медицинского осмотра работников

1. Наименование оказываемых услуг:

Проведение периодического медицинского осмотра работников ООО «Лысьванефтемаш»

2. Место оказания услуг:

Периодический медосмотр работников проводится на территории ООО «Лысьванефтемаш», по адресу: Пермский край, г. Лысьва, ул. Пожарского, 8.

3. Срок оказания услуг:

Дата начало срока оказания услуг – с момента заключения договора

Дата окончания срока оказания услуг – до исполнения сторонами своих обязательств.

Не прошедшие медицинский осмотр в согласованный день по уважительной причине работники, проходят его самостоятельно по согласованию.

4. Требования к качественным характеристикам услуг:

Периодический медицинский осмотр работников должен быть выполнен в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации в объёме и порядке, определёнными приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников», и требованиям других нормативно-правовых актов, предъявляемым законодательством РФ к данному виду услуг.

Исполнитель обязан обеспечить надлежащий порядок обработки, безопасность и конфиденциальность персональных данных согласно Федеральному закону от 27.07. 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

5. Требования к исполнителю:

5.1. Наличие действующей лицензии на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), экспертизе профессиональной пригодности,

5.2. Наличие у медицинских работников действующих сертификатов, подтверждающих право осуществления ими медицинской деятельности.

5.3. Наличие в собственности у исполнителя мобильного медицинского оборудования, необходимого для проведения комплексного медицинского обследования

5.4. Наличие одноразовых расходных материалов (шприцов, инструментов, салфеток и т.д) в количестве, достаточном для проведения обследования в установленном объеме.

5.5. Наличие дезинфицирующих средств в количестве, достаточном для обеззараживания всего объема инструментов и материалов, использованных в ходе проведения медицинского осмотра. Осуществление дезинфекции и утилизации медицинских отходов, образованных в ходе проведения медицинского осмотра, за счет собственных сил и средств.

6. Условия выполнения услуг:

На работника, проходящего периодический медицинский осмотр Исполнителем оформляется медицинская карта амбулаторного больного, в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, паспорт здоровья работника, по окончании прохождения работником периодического медицинского осмотра (обследования), Исполнителем оформляется медицинское заключение по результатам периодического медицинского осмотра.

Периодический осмотр проходят:

- Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, связанных с движением транспорта.
- Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, при стаже работы 5 лет во вредных опасных условиях труда (подклассы 3.1-3.3)
- Работники, выполняющие неразрушающий контроль капиллярным методом, проходят проверку остроты зрения с последующим подтверждением соответствия состояния зрения специалиста в области неразрушающего контроля.

Минимальные требования по проверке остроты зрения:

Для выполнения работ по профессии острота зрения специалиста должна позволять ему читать минимум шрифт №1 по таблице Егера (табл. для подбора очков) с расстояния не менее 30 см (или эквивалентного), по крайней мере, одним глазом, с корректирующими линзами или без них. Кроме того, специалист должен иметь достаточное восприятие цветов и оттенков серого и не суженное пространственное зрение.

Острота зрения должна составлять:

- вблизи: 1,0 хотя бы одним глазом
- вдаль: 0,8 хотя бы одним глазом
- нормальное восприятие цветов (при нарушенном восприятии следует пройти дополнительную проверку на аномалоскопе: допустимый коэффициент аномальности АК должен быть в пределах $1,4 > AQ > 0,7$)
- пространственное зрение (не допускается сужение нормального поля зрения с обеих сторон при ориентированном контроле без использования аппаратуры).

Приложение 1. Рекомендованная форма справки о состоянии зрения.

Периодический осмотр работника является завершённым в случае осмотра работника всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объёма лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных в Перечне факторов и объёме услуг.

На работника, проходящего периодический медицинский осмотр Исполнителем оформляется медицинская карта амбулаторного больного, в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и инструментальных исследований, паспорт здоровья работника, по окончании прохождения работником периодического медицинского осмотра (обследования), Исполнителем оформляется медицинское заключение по результатам периодического медицинского осмотра.

По итогам прохождения периодического медицинского осмотра Исполнитель обобщает результаты проведенных периодических осмотров работников, представляет Заключительный акт медицинской комиссии.

7. Требования к гарантийному сроку и (или) объёму предоставления гарантий качества:

В случае утери полученных проб повторные исследования и осмотр проводятся за счёт Исполнителя в полном объёме.

Составил:

Специалист по ОТ



В.В. Балабанова

Рекомендованная форма справки о состоянии зрения

СПРАВКА ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ В ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА

О результатах проверки состояния зрения на соответствие установленным требованиям для выполнения работ по неразрушающему контролю

(Ф.И.О. и год рождения лица, проходящего медосмотр)

1. По результатам проверки остроты зрения составляет

<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> без корректирующих линз	<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> без корректирующих линз
Вблизи		Вдаль	
Правый глаз	Левый глаз	Правый глаз	Левый глаз

2. По результатам проверки восприятия цветов (см. выделенное крестиком)

Способность различать цвета - в норме	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Способность различать оттенки серого - в норме	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

3. По результатам проверки пространственного зрения (см. выделенное крестиком)

Обнаружено ограничение нормального поля зрения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
--	-----------------------------	------------------------------

Дата медосмотра: “ ___ ” _____ 202__ г.

Врач-офтальмолог _____
(Ф.И.О.)

(Подпись)

М.П.