

Итого: 03.04.2025 10:00:00

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя медицинской организации и адрес
осуществления медицинской деятельности)
ОУ РН (ОУ РН) (ОУ РН)

Медицинская документация
Учетная форма № 316-1/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от «11» апреля 2025 г. № 196н

Медицинское заключение об установлении заключительного диагноза пострадавшего в результате несчастного случая на производстве

Выдано: ООО «Гефест-М» «Завод Эластик»
(наименование организации (индивидуального предпринимателя, работодателя — физического лица, не являющегося
индивидуальным предпринимателем, по адресу которой (которого) выдается медицинское заключение)
о том, кто пострадавший (пострадавшая) Светикова Елена Сергеевна 19.12.1980
прессовщик
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата, место и год рождения, занимаемая должность (профессия) пострадавшего)
оказывалась медицинская помощь в ГБУ РО «Шиловская ЦРБ» Лесновская больница
(наименование медицинской организации)

от структурного подразделения, куда поступил пострадавший)
в период с « 15 » 08 2025 г. по « 03 » 09 2025 г.
по поводу S06.0 сотрясение головного мозга, Ушиб верхней части головы.
(описать повреждения здоровья, полученные в результате)
несчастного случая на производстве, в кодах вписанных по Международной статистической классификации болезней и проблем,
связанных со здоровьем (МКБ) — МКБ)

Заключительный диагноз (код по МКБ) пострадавшего от несчастного случая на производстве
S06.0 сотрясение головного мозга, Ушиб верхней части головы.

По степени тяжести повреждения здоровья при несчастных случаях на производстве повреждение
относится к категории легкая

(указать степень тяжести повреждения здоровья)
(указать степень тяжести повреждения здоровья)

Дата выдачи медицинского заключения: число 03 месяц 09 год 25

Руководитель медицинской
организации (уполномоченное
должностное лицо)
(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии))
(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии))
(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии))