Приложение № 4

**ИЗВЕЩЕНИЕ  
об установлении факта заболевания работником новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** |  | **от “** |  | **”** |  | **20** | **20** | **г.** |

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол

3. Возраст (полных лет)

4. Наименование медицинской организации, установившей работнику заболевание\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Наименование подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Профессия, должность

7. Заключительный диагноз (диагнозы) заболевания - заражения (заболеваний или отравлений), дата его (их) постановки, изменения, уточнения или отмены:

7.1.

(в случае изменения, уточнения или отмены диагнозов также указываются

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | г. |

первоначальные диагнозы)

7.2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | г. |

7.3.

8. Вредные производственные факторы и причины, вызвавшие заболевание

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

9. Причины изменения, уточнения или отмены диагноза (диагнозов)

10. Наименование учреждения, установившего, изменившего, уточнившего или отменившего диагноз (диагнозы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Главный врач |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (ФИО) |

М.П.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата отправления извещения “ | |  | | ” | |  | | | | 20 | |  | | г. | |
| Подпись врача, пославшего извещение | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | (ФИО) |
| Дата получения извещения “ |  | | ” | |  | | | | 20 | |  | | г. | |
| Подпись врача, получившего извещение | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | (ФИО) |