**Рекомендуемая форма**

**ПРОТОКОЛ**

заседания врачебной комиссии по расследованию страхового случая причинения вреда здоровью медицинского работника в связи с развитием у него полученных при исполнении трудовых обязанностей заболевания (синдрома) или осложнения, вызванных подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности

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

*(наименование медицинской организации)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_

*(наименование населенного пункта, субъекта РФ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Состав комиссии *(не менее 3 человек)*:**

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(представитель работодателя)*

Члены комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(представитель медицинской организации, установившей случай заболевания медицинского работника,*

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

*представитель регионального отделения ФСС РФ, специалисты медицинской организации, которой работал пострадавший и представитель выборного органа первичной профсоюзной организации)*

**ПОВЕСТКА ДНЯ:**

1. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 16 мая 2020 г. № 695 расследование случая заболевания (синдрома) или осложнения, вызванные подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включенных в перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2020 г. № 1272-р, и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности, в отношении работника *(Ф.И.О., должность работника)* *(наименование медицинской организации)*

**Материалы, рассмотренные в ходе заседания комиссии:**

**-** карты амбулаторного (стационарного) больного;

- копия листа временной нетрудоспособности *(при наличии)*;

- результаты лабораторного подтверждения заражения COVID-19;

- приказы, выписки и трудовой книжки и другие документы.

**СЛУШАЛИ:**

1. Председатель Врачебной комиссии *(наименование медицинской организации) (Ф.И.О.)*, который в своем выступлении, подтвердил:

- наличие оформленных трудовых отношений, непосредственную работу *(Ф.И.О., должность работника)* с пациентами, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и пациентами с подозрением на эту инфекцию, а также получение установленных Указом Президента РФ и Правительством РФ выплат стимулирующего характера за выполнение такой работы, в период заболевания работника;

- факт заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19, подтвержденной лабораторными методами исследования и нахождение работника на лечении в связи с временной нетрудоспособностью;

- наличие у медицинского работника заболеваний и осложнений, включенных в перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2020 г. № 1272-р.

2. Представитель *(наименование регионального отделения ФСС РФ) (Ф.И.О.)*, рассмотрев представленные медицинские и организационно-распорядительные документы пришел к выводу, что случай заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у *(Ф.И.О., должность работника) (наименование медицинской организации)* является страховым.

В ходе заседания комиссии выступили: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Поступили предложения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ПОСТАНОВИЛИ:**

1. Признать факт заболевания *(Ф.И.О., должность работника) (наименование медицинской организации)* новой коронавирусной инфекцией COVID-19, подтвержденной лабораторными методами исследования, полученным при исполнении трудовых обязанностей и повлекшим за собой временную нетрудоспособность, в связи с причинением вреда здоровью и развитием заболевания (синдрома) или осложнения *(КОД заболевания (синдрома) или осложнения по Перечню Распоряжения Правительства РФ от 15.05.2020 №1272-р)* у *(Ф.И.О., должность работника) (наименование медицинской организации)*, но не приведшего к инвалидности;
2. Признать случай заболевания *(КОД заболевания (синдрома) или осложнения по Перечню Распоряжения Правительства РФ от 15.05.2020 №1272-р)* с *(Ф.И.О., должность работника)* *(наименование медицинской организации)* страховым случаем и установить, что на данный случай распространяется положение подпункта «б» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 06.05.2020г. № 313;
3. Оформить справку, подтверждающую факт осуществления работы работником, по прилагаемой форме *(форма содержит информацию по пункту 5 Временного порядка, утвержденного постановлением Правительства РФ от 16.05.2020 г. № 695)*;
4. Предоставить в *(наименование регионального отделения ФСС РФ) :*

- справку, подтверждающую факт осуществления работы работником;

- копию приказа о создании врачебной комиссии по расследованию страхового случая;

- материалы расследования страхового случая *(при необходимости Акт)*.

**Председатель врачебной комиссии:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / / /дата/

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

**Члены врачебной комиссии:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / / /дата/

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / / /дата/

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / / /дата/

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / / /дата/

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / / /дата/

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

**М.П.**