浙江省职业健康检查工作规程

第一条 为规范全省职业健康检查工作，保护劳动者健康权益，根据《中华人民共和国职业病防治法》《职业健康检查管理办法》《放射工作人员职业健康管理办法》《职业健康监护技术规范》（GBZ188）和《放射工作人员健康要求及监护规范》（GBZ 98）等有关规定，结合我省实际，制定本规程。

第二条 开展职业健康检查的医疗卫生机构（以下简称职业健康检查机构）应当在备案的检查类别和项目范围内开展相应的职业健康检查。

职业健康检查机构应建立职业健康检查质量管理体系，健全各项规章制度，对职业健康检查工作进行全过程质量管理并保持质量管理体系持续有效运行。职业健康检查工作应遵循科学、公正、及时、便民的原则。

第三条 职业健康检查机构开展职业健康检查应当与用人单位签订委托协议书，由用人单位统一组织劳动者进行职业健康检查，也可以由劳动者持单位介绍信进行职业健康检查。

第四条 职业健康检查机构接受用人单位组织的劳动者职业健康检查委托时，应要求用人单位如实提供以下职业健康检查所需相关资料（附件1和2），并承担检查费用：

（一）用人单位基本情况表；

（二）工作场所职业病危害因素种类及其接触人员名册、岗位（或工种）、接触时间；

（三）工作场所职业病危害因素定期检测等相关资料。

第五条 职业健康检查机构应当依据《职业健康监护技术规范》（GBZ 188）和《放射工作人员健康要求及监护规范》（GBZ 98），结合用人单位提交的资料、劳动者所接触职业病危害因素种类和职业健康检查类别，确定其体检项目和周期，并向用人单位提供《职业健康检查表》，告知注意事项。

《职业健康检查表》中的劳动者的单位名称、体检类别、姓名、性别、身份证号码、婚姻状况、总工龄、接害工龄、职业病危害因素种类和名称、职业史等相关内容应与用人单位和劳动者确认并签章。相关内容填写完整，经用人单位和劳动者签章确认者，职业健康检查机构方可安排其职业健康检查。

用人单位应当确保参加职业健康检查的劳动者身份的真实性。

第六条 职业健康检查机构应根据确定的体检项目和技术规范开展体检。外出开展职业健康检查，必须保证检查质量并满足放射防护和生物安全的管理要求。

第七条 劳动者体检完毕后，应当将《职业健康检查表》交职业健康检查机构审核，若发现检查缺项的应立即补检。

体检项目齐全的，由主检医师综合分析劳动者各项检查结果，作出体检结论、处理意见或医学建议。体检项目仍有不全的，通知用人单位组织劳动者补检。

第八条 职业健康检查机构发现有疑似职业病的，应在5个工作日内出具《疑似职业病通知/告知书》（附件3），通知用人单位并告知劳动者；同时填写《疑似职业病报告单》（附件4）向用人单位所在地卫生健康主管部门报告。

发现职业禁忌证的，应当及时出具《职业禁忌证通知/告知书》（附件5），并通知用人单位及告知劳动者。

发现需要复查的劳动者，应提出相应处理意见，出具复查通知书（附件6），并及时通知用人单位按处理意见要求组织劳动者进行复查。

发现劳动者患有急性或危及生命的严重疾病的，应及时通知用人单位和劳动者。

第九条 职业健康检查机构应制作《职业健康检查报告书》（附件7），由主检医师签名，经审核人审核，批准人审批后加盖职业健康检查机构印章或职业健康检查专用章。

职业健康检查报告书一式三份，用人单位和用人单位所在地卫生健康主管部门各一份，职业健康检查机构存档一份。

职业健康检查机构应当在职业健康检查结束之日起30个工作日内将《职业健康检查报告书》和《职业健康检查表》交用人单位签收，并保存用人单位签收凭证（附件8）。有特殊情况需要延长的，应当说明理由，并告知用人单位。

第十条 职业健康检查机构可以根据用人单位的委托，综合分析职业健康检查结果和用人单位提供的工作场所职业病危害因素监测资料，对职业病危害因素的危害程度、防护措施效果等进行综合评价，出具职业健康监护评价报告。

第十一条 职业健康检查机构应及时完成职业健康检查资料的归档工作,职业健康检查档案保存时间应当自劳动者最后一次职业健康检查结束之日起不少于15年。

职业健康检查档案应当包括：

（一）职业健康检查委托协议书；

（二）用人单位提交的有关资料；

（三）《职业健康检查报告书》；

（四）《疑似职业病通知/告知书》、《疑似职业病报告单》；

（五）《职业禁忌证通知/告知书》

（六）用人单位签收凭证；

（七）其他职业健康检查工作过程资料。

第十二条 职业健康检查机构要建立信息上报系统，及时做好职业健康检查的信息报告工作。疑似职业病卡在出具正式的职业健康检查报告后15天之内填报。

附件：1．用人单位基本信息表

2．职业健康检查劳动者信息表

3．疑似职业病通知/告知书

4．疑似职业病报告单

5．职业禁忌证通知/告知书

6．复查通知书

7．职业健康检查报告书

8. 用人单位签收凭证

附件1

用人单位基本信息表

单位名称（盖章）：

统一社会信用代码：□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

通讯地址： 市（县） 镇（街道） 详细地址

 邮编：

联系人： 电话：

职工总人数： 其中生产工人总数： 外委人员数 接触有毒有害作业人数：

一、经济类型：

1. 内资企业：□国有企业 □集体企业 □股份合作企业

联营企业: □国有联营企业 □集体联营企业 □国有与集体联营企业 □其他联营企业

有限责任公司: □国有独资公司 □其他有限责任公司

□股份有限公司

私营企业：□私营独资企业 □私营合伙企业 □私营有限责任公司 □私营股份有限公司

□其他企业

2. 港、澳、台商投资企业：□合资经营企业 □合作经营企业 □港、澳、台商独资经营企业 □港、澳、台商投资股份有限公司 □其他港、澳、台商投资企业

3. 外商投资企业：□中外合资经营企业 □中外合作经营企业 □外资企业 □外商投资股份有限公司 □其他外商投资企业

二、行业：

行业分类： ； 根据：《国民经济行业分类》（GB/T 4754—2017）附表1的中类和小类填写，例如： 0810 铁矿采选。

1. 企业规模：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **行业名称** | **指标名称** | **计量单位** | 🞎**大型** | 🞎**中型** | 🞎**小型** | 🞎**微型** |
| 工业 \* | 从业人员(X) | 人 | X≥1000 | 300≤X＜1000 |  20≤X＜300 | X＜20 |
| 营业收入(Y) | 万元 | Y≥40000 | 2000≤Y＜40000 |  300≤Y＜2000 | Y＜300 |

注：1、大型、中型和小型企业须同时满足所列指标的下限，否则下划一档；微型企业只须满足所列指标中的一项即可。

2、其他行业企业规模参照关于印发《统计上大中小微型企业划分办法(2017)》的通知（国统字〔2017〕213号）附表要求判定。

附件2

职业健康检查劳动者信息表

企业名称 通讯地址： 市（县） 镇（街道）详细地址 邮编：

联系人： 职务 电话：

体检类别：□上岗前 □在岗期间 □离岗时

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 接害工龄 | 工种 | 职业病危害因素名称 | 联系电话 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

用人单位（盖章） 年 月 日

附件3 编号：

疑似职业病通知/告知书

 （用人单位）、 劳动者：

 年 月 日 本机构在（职业健康检查/职业病诊断/门诊治疗/住院治疗/其他 ）中发现 （劳动者姓名、身份证号码 （症状、体征及实验室检查结果）等。根据目前材料，界定 （劳动者姓名）为疑似职业病病人（疑似+职业病名称）。

你单位应当在30日内安排对疑似职业病病人进行职业病诊断；在疑似职业病病人诊断或者医学观察期间，不得解除或者终止与其订立的劳动合同。疑似职业病病人在诊断、医学观察期间的费用，由用人单位承担。

劳动者可以在用人单位所在地、本人户籍所在地或者经常居住地依法承担职业病诊断的医疗卫生机构进行职业病诊断。

特此告知。

 界定机构

 （盖章）

 年 月 日

签收人：用人单位、劳动者或代理人（签名）： 年 月 日

备注：一式三份，劳动者、用人单位各一份，医疗卫生机构存档一份。

附件4 编号：

疑似职业病报告单

|  |  |
| --- | --- |
| 劳动者 | 姓名： 性别： 身份证号码： 联系电话： |
| 用人单位 | 用人单位名称： 联系人：地址： 联系电话： |
| 报告事项 | 疑似职业病名称：界定日期： |
| 处理意见/医学建议  | 医师（签名） 年 月 日 |

报告人： 联系电话：

报告单位（盖章）： 报告日期： 年 月 日

备注：一式二份，一份报卫生行政部门，一份由医疗卫生机构存档。

附件5 编号：

职业禁忌证通知/告知书

 （用人单位/劳动者）：

 年 月 日我机构发现你/你单位 （劳动者姓名）身份证号码 为职业禁忌证，不得从事存在 危害岗位的工作。

特此通知/告知。

 医疗卫生机构

 （盖章）

 年 月 日

签收人：

用人单位、劳动者或代理人（签名）：

年 月 日

备注：一式三份，劳动者、用人单位各一份，医疗卫生机构存档一份。

附件6 编号：

复查通知书

 （用人单位）：

 年 月 日我机构发现你单位 车间劳动者 ， 检查项目和 车间劳动者 ， ...需要进一步检查以明确结论。请安排劳动者 ...，于 年 月 日前来我院进行复查。

复查时的注意事项：

 1、

 2、

特此通知（**可列表**）

 医疗卫生机构

 （盖章）

 年 月 日

签收人（签名）：

年 月 日

备注：一式二份，用人单位各一份，医疗卫生机构存档一份。

附件7

（ ）职检字第（年度- ）号

**职业健康检查报告书**

用人单位：

地 址：

联系电话：

体检类别：□上岗前

□在岗期间

□离岗时

 复查：□

职业健康检查机构（盖章）

年 月 日

**职业健康检查报告书说明**

1. 对本报告书有异议的，请于收到之日起十五日内向本单位提出。
2. 本报告书无主检医师、审核人及批准人签字无效，本报告书无本单位盖章无效。
3. 本报告书涂改无效。
4. 本报告书不得部分复制，不得作广告宣传。
5. 本报告书一式三份（用人单位和用人单位所在地卫生行政部门各一份，职业健康检查机构存档一份）。

本单位联系方式：

职业健康检查机构名称：

职业健康检查机构备案号：

地址：

邮编：

联系电话：

**职 业 健 康 检 查 报 告 书**

（ ）职检字第（年度- ）号 共 页第 页

用人单位： 地址： 联系电话：

体检日期： 年 月 日 体检地点：

体检类别：□上岗前 □在岗期间 □离岗时

应检人数： 受检人数：

职业病危害因素：

体检项目：

体检与评价依据：GBZ188职业健康监护技术规范和\*\*\*诊断标准

体检结论与处理意见/医学建议：

本次职业健康检查发现：疑似职业病 人，职业禁忌证 人，需要复查人员 人。详见附表：

表1、疑似职业病和职业禁忌证人员名单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 接害工龄 | 工种 | 接触职业病危害因素名称 | 异常指标 | 结论 | 处理意见 | 医学建议 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

表2、需要复查人员名单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 接害工龄 | 工种 | 接触职业病危害因素名称 | 异常指标 | 结论 | 处理意见 | 医学建议 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

表3、其他人员名单（表1-2所列人员以外的受检人员）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 接害工龄 | 工种 | 接触职业病危害因素名称 | 异常指标 | 结论 | 医学建议 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

主检医师： 审核人：

批准人： 批准日期： 年 月 日

职业健康检查机构（盖章）：

附件8 编号：

用人单位签收凭证

我单位收到以下职业健康检查有关材料：

1. 《职业健康检查报告书》1份，编号：（ ）职检字第

（年度- ）号。

2、劳动者《职业健康检查表》 份。

用人单位名称：

签收人（签名）：

联系电话：

签收日期： 年 月 日

备注：一式一份，职业健康检查机构存档