



Мордовия Республикань  
здравоохранениянь  
Министерствась

Мордовия Республикань  
здравоохранениянь  
Министерствась

**Министерство здравоохранения  
Республики Мордовия**

430005, г. Саранск, ул. Коммунистическая, 33/2  
тел. (8342) 47-68-11, факс (8342) 47-27-97  
e-mail: mzdr@c-mordovia.ru

27.05.2020 № 1-8 / 4888

на № \_\_\_\_\_

Руководителям медицинских  
организаций Республики  
Мордовия, подведомственных  
Министерству здравоохранения  
Республики Мордовия

Министерство здравоохранения Республики Мордовия, в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 6 мая 2020 г. № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников», постановления Правительства Российской Федерации от 16 мая 2020 г. № 695 «Об утверждении Временного положения о расследовании страховых случаев 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», направляет:

1) **образец заполнения Справки** подтверждающей факт осуществления работы работником, а также содержащей сведения о наличии у работника заболевания (синдрома) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с отражением способа осуществления выплат работнику для перечисления единовременной страховой выплаты;

2) **шаблон Справки** подтверждающей факт осуществления работы работником, а также содержащей сведения о наличии у работника заболевания (синдрома) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с отражением способа осуществления выплат работнику для перечисления единовременной страховой выплаты;

3) **шаблон Протокола** о работе комиссии по расследованию страховых случаев, указанных в подпункте 6 пункта 2 Указа Президента Российской Федерации «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников»;

4) **шаблон Извещения** об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления), его уточнении или отмене

5) **Схему расследования** страхового случая в связи со смертью медицинского работника вследствие COVID-19.

Приложение: в электронном виде в 1 экз.

Первый заместитель Министра



Е.А. Степанова

СПРАВКА		от	20.05.2020	№	1
подтверждающая факт осуществления работы работником, а также содержащей сведения о наличии у работника заболевания (синдрома) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с отражением способа осуществления выплат работнику для перечисления единовременной страховой выплаты					
Приказ о создании комиссии		от	19.05.2020	№	1
Протокол заседания врачебной комиссии по расследованию страхового случая		от	20.05.2020	№	1
1. Фамилия Имя Отчество		Иванов Иван Иванович			
2. Дата рождения:		15.10 1960	3. СНИЛС	254-489-256 22	4. ИНН 130603516934
5. Паспорт:		Серия №	89 02 355987	Дата выдачи	20.05.2001
Кем выдан		Ленинским РОВД г. Саранска			
6.1. Место регистрации:		430010, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Серова, д.5, кв. 64			
6.2. Адрес места проживания:		430010, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Серова, д.5, кв. 64			
7. Место работы:		Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница им. С.В.Каткова»			
8. Должность:		санитар			
9. Период работы, во время которой сотрудник фактически осуществлял оказание медицинской помощи пациентам, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), с указанием реквизитов приказа о привлечении работника к данной работе.					
Период(ы)		20.04.2020 по 15.05.2020			
Основание / Приказ(ы): дата, номер, кем издан		Приказ от 23.03.2020 г. №22к издан ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница им. С.В.Каткова»			
10. Перенесенное заболевание, подтвержденное лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включенные в перечень, утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.05.2020 №1272. Код по МКБ-10					J12 Вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках
11. Период перенесенного заболевания:			29.04.2020 – 15.05.2020		
12. Состояние здоровья:		выздоровление			
13. Способ получения денежных средств (перечисление на расчетный счет или почтовый перевод):					
Перечисление на расчетный счет:					
Лицевой счет		№	40817810052002235650		
Наименование банка		МОРДОВСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8589 ПАО СБЕРБАНК			
БИК	048952615	ИНН	7707083893	КПП	132602001
Почтовый перевод:					
Адрес доставки (с указанием индекса):		8 9371285658			
Контактный телефон получателя:		8 9371285658			
Главный врач медицинской организации		2203806507395518			
должность		(Ф.И.О.)			подпись
М.П					

Исполнитель / контактное лицо Ф.И.О  
тел.

СПРАВКА		от	№
подтверждающая факт осуществления работы работником, а также содержащей сведения о наличии у работника заболевания (синдрома) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с отражением способа осуществления выплат работнику для перечисления единовременной страховой выплаты			
Приказ о создании комиссии		от	№
Протокол заседания врачебной комиссии по расследованию страхового случая		от	№
1. Фамилия Имя Отчество			
2. Дата рождения:		3. СНИЛС	4. ИНН
5. Паспорт:	Серия №	Дата выдачи	
Кем выдан			
6.1. Место регистрации:			
6.2. Адрес места проживания:			
7. Место работы:			
8. Должность:			
9. Период работы, во время которой сотрудник фактически осуществлял оказание медицинской помощи пациентам, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), с указанием реквизитов приказа о привлечении работника к данной работе.			
Период(ы)			
Основание / Приказ(ы): дата, номер, кем издан			
10. Перенесенное заболевание, подтвержденное лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включенные в перечень, утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.05.2020 №1272. Код по МКБ-10. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная, мазок из носо- и ротоглотки от №			
11. Период перенесенного заболевания:			
12. Состояние здоровья:			
13. Способ получения денежных средств (перечисление на расчетный счет или почтовый перевод):			
Перечисление на расчетный счет:			
Лицевой счет	№		
Наименование банка			
БИК	ИНН	КПП	
Почтовый перевод:			
Адрес доставки (с указанием индекса):			
Контактный телефон получателя:			
Главный врач медицинской организации			
должность		(Ф.И.О.)	подпись
М.П			

Исполнитель / контактное лицо Ф.И.О  
тел.

## ПРОТОКОЛ

" " 20\_\_ г.  
№ \_\_\_\_\_

о работе комиссии по расследованию страховых случаев, указанных в подпункте б пункта 2 Указа Президента Российской Федерации «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников»

Председатель ВК - \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

Присутствовали:

члены комиссии \_\_\_\_\_  
(должности, фамилии, инициалы в алфавитном порядке)

члены комиссии \_\_\_\_\_  
(должности, фамилии, инициалы в алфавитном порядке)

члены комиссии Писачкина Т.О.-главный специалист отдела страхования проф.рисков  
(должности, фамилии, инициалы в алфавитном порядке)

### ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Расследование случая заболевания (синдром) или осложнения, вызванные подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включенных в перечень, утверждаемый Правительством Российской Федерации и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности в отношении работника МБУЗ \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., должность работника)

### СЛУШАЛИ:

1. Председатель ВК МБУЗ \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), который в своем выступлении, подтвердил случай заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), работника учреждения, (Ф.И.О., должность работника) председатель ВК обратил внимание, что (Ф.И.О., должность работника) согласно приказа по учреждению, работает в непосредственном контакте с зараженными больными новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), согласно проведенных лабораторных исследований у (Ф.И.О., должность работника) диагностировано заболевание COVID-19, период перенесенного заболевания составил \_\_\_\_\_ дней, состояние на сегодняшний день (Ф.И.О., должность работника) оценивается как удовлетворительное, сам факт случая заражения COVID-19 у (Ф.И.О., должность работника) подтвержден документально и сомнений не вызывает.

2. Представитель (ФСС) (Ф.И.О., должность) который в своем выступлении также подтвердил, что при детальном изучении медицинской документации, организационно-распорядительных документов медицинской организации случай заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у (Ф.И.О., должность работника) МБУЗ «ЦГБ» г.Зверево не вызывает сомнения и документально подтвержден.

## ПОСТАНОВИЛИ:

1. Подтвердить случай заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), работника учреждения, (Ф.И.О., должность работника) МБУЗ \_\_\_\_\_ установить данный случай заражения, как подпадающий под действие п.п. «б» п. 2 Указа Президента Российской Федерации от 06.05.2020г. № 313.

Председатель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /дата/  
(подпись) (фамилия, инициалы)

Члены комиссии

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /дата/  
(подпись) (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /дата/  
(подпись) (фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_ / Писачкина Т.О / \_\_\_\_\_ /дата/  
(подпись) (фамилия, инициалы)

# ШАБЛОН

## Извещение об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления), его уточнении или отмене

N 1 от "21" "05" 2020 г.

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол жен. \_\_\_\_\_
3. Возраст      (полных лет) \_\_\_\_\_
4. Наименование предприятия Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
(указывается наименование предприятия, организации, учреждения, его

Республики Мордовия «    »  
(ведомственная принадлежность)

5. Наименование цеха, отделения, участка инфекционное отделение
6. Профессия, должность Медицинская сестра палатная (постовая)
7. Заключительный диагноз (диагнозы) профессионального заболевания или отравления (заболеваний или отравлений), дата его (их) постановки, изменения, уточнения или отмены:

7.1. Острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей, подтвержденная  
лабораторными методами исследования (30.04.2020г.- 05.05.2020г) U07.1, J06  
(в случае изменения, уточнения или отмены диагнозов также указываются

\_\_\_\_\_ первоначальные диагнозы)  
7.2. \_\_\_\_\_ 20 г.

- 7.3. \_\_\_\_\_
8. Вредные производственные факторы и причины, вызвавшие профзаболевание или отравление ^

Биологический фактор - вирус COVID -19

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

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

Главный врач \_\_\_\_\_  
(подпись) (И.О.Ф.)

М.П.  
Дата отправления извещения "21" "05" 2020г.

Подпись врача, пославшего извещение \_\_\_\_\_ (И.О.Ф.)

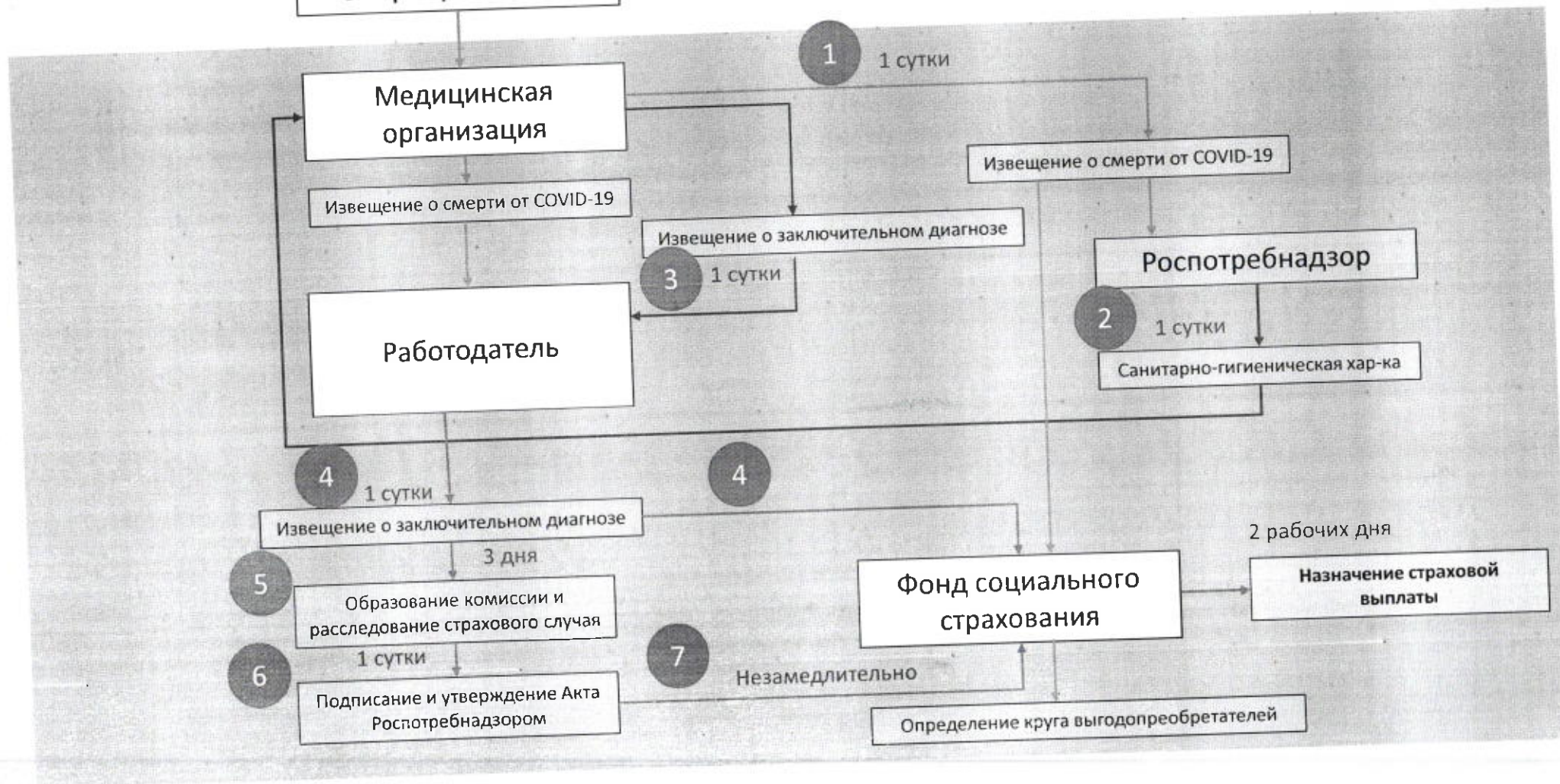
Дата получения извещения "    " "20" г.

Подпись врача, получившего извещение \_\_\_\_\_ (И.О.Ф.)

# Схема расследования страхового случая в связи со смертью медицинского работника вследствие COVID-19

Схема 2

Максимальное время расследования страхового случая – 8 рабочих дней





# Схема расследования страхового случая в связи со смертью медицинского работника вследствие COVID-19

Максимальное время расследования страхового случая – 8 рабочих дней

Схема 2

