

МІНІСТЭРСТВА АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

Дзяржаўная ўстанова
«РЭСПУБЛІКАНСКІ ЦЭНТР ГІГІЕНЫ,
ЭПІДЭМІЯЛОГІІ І ГРАМАДСКАГА
ЗДАРОЎЯ»

вул. Казінца, 50, 220099, г. Мінск, факс 398-32-26
E-mail: mail@rcheph.by
<http://www.rcheph.by>

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ГИГИЕНЫ
ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ»

ул. Казинца, 50, 220099, г. Минск, факс 398-32-26
E-mail: mail@rcheph.by
<http://www.rcheph.by>

19.12.2025 № 3.1-22.5/62

Направляется по СМДО

Главным государственным
санитарным врачам областей,
г. Минска

Об информировании

Государственное учреждение «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» информирует о вступлении в силу с 12.12.2025 постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 сентября 2025 г. № 104 «Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2021 г. № 60» (прилагается), которым, в том числе, установлены формы извещений об остром профессиональном заболевании (экстренное извещение) и хроническом профессиональном заболевании.

Информация направляется для сведения и руководства в работе.

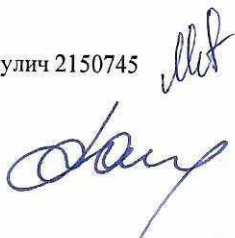
Приложение: на 5 л. в электронном виде.

Главный врач



А.Л.Скуранович

Микулич 2150745



ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
11 сентября 2025 г. N 104

ОБ ИЗМЕНЕНИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ОТ 27 МАЯ 2021 Г. N 60

На основании части третьей статьи 37-1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. N 2435-XII "О здравоохранении" Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2021 г. N 60 "Об экспертизе профессионального характера заболевания" следующие изменения:

преамбулу изложить в следующей редакции:

"На основании части третьей статьи 37-1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. N 2435-XII "О здравоохранении" Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:";

в Инструкции о порядке проведения экспертизы профессионального характера заболевания, утвержденной этим постановлением:

пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3. Для целей настоящей Инструкции используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь "О здравоохранении", Законом Республики Беларусь от 23 июня 2008 г. N 356-З "Об охране труда", главой 6 Положения об обязательном страховании, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 18 марта 2025 г. N 108, Правилами расследования и учета несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 15 января 2004 г. N 30.";

дополнить Инструкцию пунктом 3-1 следующего содержания:

"3-1. Информирование страхователя о результатах экспертизы профессионального характера заболевания в порядке, установленном пунктами 10 - 12, 19, 21 и 23 настоящей Инструкции, осуществляется с письменного согласия пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь "О здравоохранении".";

из абзацев второго и третьего части первой и части второй пункта 9 слова "трудового процесса" исключить;

в части первой пункта 12 слова "организация здравоохранения оформляет извещение об остром профессиональном заболевании (экстренное) по форме, установленной приложением 11 к постановлению Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 августа 2015 г. N 51/94 "О документах, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний", заменить словами "государственная организация здравоохранения оформляет извещение об остром профессиональном заболевании (экстренное извещение) по форме согласно приложению 1";

пункт 14 после слова "далее" дополнить словами ", если не установлено иное";

абзац первый пункта 15 после слов "при обращении пациента" дополнить словом "государственная";

из абзацев второго и третьего пункта 18 слова "трудового процесса" исключить;

в пункте 21 слова ", установленной приложением 11 к постановлению Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 августа 2015 г. N 51/94," заменить словами "согласно приложению 2";

в пункте 23:

слова "трудового процесса" исключить;

слова "извещение об остром профессиональном заболевании"

(экстренное)/хроническом профессиональном заболевании по форме, установленной приложением 11 к постановлению Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 августа 2015 г. N 51/94," заменить словами "извещение об остром профессиональном заболевании (экстренное извещение) по форме согласно приложению 1 или извещение о хроническом профессиональном заболевании по форме согласно приложению 2";

дополнить Инструкцию приложениями 1 и 2 (прилагаются).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Приложение 1
к Инструкции о порядке проведения
экспертизы профессионального
характера заболевания
(в редакции постановления
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
11.09.2025 N 104)

Форма

ИЗВЕЩЕНИЕ

об остром профессиональном заболевании (экстренное извещение)

Министерство здравоохранения

(организация здравоохранения)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заболевшего _____

2. Пол _____

3. Дата рождения _____

4. Место жительства (место пребывания), телефон _____
5. Наименование и место нахождения страхователя (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) страхователя - физического лица), организации, где заболевший работает в настоящее время _____
6. Структурное подразделение (цех, участок), рабочее место, где заболевший работает в настоящее время _____
7. Наименование и место нахождения страхователя (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) страхователя - физического лица), организации (по месту возникновения острого профессионального заболевания) _____
8. Структурное подразделение (цех, участок), рабочее место (по месту возникновения острого профессионального заболевания) _____
9. Профессия рабочего (должность служащего), определившая острое профессиональное заболевание _____
10. Производственный фактор, вызвавший острое профессиональное заболевание _____
11. Диагноз острого профессионального заболевания _____
12. Острое профессиональное заболевание выявлено: при внеочередном медицинском осмотре, при обращении заболевшего, при посещении на дому (нужное подчеркнуть, другое указать) _____
13. Заболевание с временной нетрудоспособностью с _____ по _____, без временной нетрудоспособности (нужное подчеркнуть, указать) _____
(дата) (дата)
14. Заболевание с утратой, без утраты профессиональной трудоспособности (нужное подчеркнуть) _____
15. Заболевший нуждается в трудоустройстве, не нуждается в трудоустройстве (нужное подчеркнуть, другое указать) _____
16. Дата, время получения заболевшим острого профессионального заболевания _____
17. Наименование организации здравоохранения, установившей диагноз _____
18. Наименование организации здравоохранения, установившей окончательный (уточненный, измененный) диагноз, дата _____
19. Рекомендации _____
20. Регистрационный номер извещения: N _____ от _____ (дата)

Руководитель (заместитель руководителя) организации здравоохранения _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Врач-специалист, оформивший извещение _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
М.П.

Дата направления извещения: страхователю _____ (дата)

территориальному центру гигиены и эпидемиологии _____ (дата)

Фамилия, инициалы лица, направившего извещение _____

Дата получения извещения _____ (дата)

Фамилия, инициалы лица, получившего извещение _____

Форма

ИЗВЕЩЕНИЕ
о хроническом профессиональном заболевании

Министерство здравоохранения

(организация здравоохранения)

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) заболевшего _____
2. Пол _____
3. Дата рождения _____
4. Место жительства (место пребывания), телефон _____
5. Наименование и место нахождения страхователя (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) страхователя - физического лица), организации, где заболевший работает в настоящее время _____
6. Структурное подразделение (цех, участок), рабочее место, где заболевший работает в настоящее время _____
7. Наименование и место нахождения страхователя (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) страхователя - физического лица), организации (по месту возникновения хронического профессионального заболевания) _____
8. Структурное подразделение (цех, участок), рабочее место (по месту возникновения хронического профессионального заболевания) _____
9. Профессия рабочего (должность служащего), определившая хроническое профессиональное заболевание _____
10. Производственный фактор, вызвавший хроническое профессиональное заболевание _____
11. Диагноз хронического профессионального заболевания _____
12. Хроническое профессиональное заболевание выявлено: при обязательном или внеочередном медицинском осмотре, при обращении заболевшего (нужное подчеркнуть, другое указать) _____
13. Заболевание с временной нетрудоспособностью с _____ по _____,
(дата) (дата)
без временной нетрудоспособности (нужное подчеркнуть, указать) _____
14. Заболевание с утратой, без утраты профессиональной трудоспособности (нужное подчеркнуть) _____
15. Заболевший нуждается в трудоустройстве, не нуждается в трудоустройстве (нужное подчеркнуть, другое указать) _____
16. Дата установления хронического профессионального заболевания _____
17. Рекомендации _____
18. Регистрационный номер извещения: N _____ от _____
(дата)

Председатель (заместитель председателя)
медико-экспертной комиссии

(подпись) (инициалы, фамилия)

Врач-специалист, оформивший извещение

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Дата направления извещения:
страхователю

(дата)

территориальному центру
гигиены и эпидемиологии

(дата)

Фамилия, инициалы лица,
направившего извещение

Дата получения извещения

(дата)

Фамилия, инициалы лица,
получившего извещение
