

наименование медицинской организации

Код ОГРН, номер лицензии на право проведения предварительных медицинских осмотров и дата её выдачи

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. ФИО: _____

2. Дата рождения: _____

Серия, номер и дата выдачи полиса ОМС и страховая компания, выдавшая его: _____

3. Адрес постоянного места жительства: _____

4. Вид деятельности освидетельствуемого в ВУЗ/ССУЗ (нужное подчеркнуть): поступающий в ВУЗ (абитуриент)/ССУЗ (абитуриент)

5. Основание: п.18 приложения №2 к приказу МЗ и СР РФ №302н от 12.04.2011г.

6. Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения, заключение):

6.1. Клинический анализ крови* (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула СОЭ)

6.2. Клинический анализ мочи* (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка)

6.3. Глюкоза крови*

6.4. Общий холестерин крови*

6.5. Кровь на сифилис (ОРС)*

6.6. Кал на гельминтоз*

6.7. Мазок на флору (для женщин)*

6.8. Мазок на атипичные клетки (для женщин)*

6.9. Мазок на гонорею*

6.10. ЭКГ*

6.11. Флюорография/рентген ОГК*

7. Заключение врачей-специалистов (дата осмотра, заключение, подпись, печать):

7.1. Психиатр*

7.2. Нарколог*

7.3. Дерматовенеролог*

7.4. Отоларинголог*

7.5. Стоматолог*

7.6. Акушер-гинеколог*

7.7. Терапевт*

7.8. Заключение врача-профпатолога*

(не имеет/ имеет медицинских противопоказаний для обучения по специальности в ССУЗе)

*Обязательные обследования

Дата выдачи « ____ » _____ г.

Председатель медицинской комиссии _____

М.П.

(подпись)

(ФИО)