

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (адрес)

Код ОГРН \_\_\_\_\_

Номер лицензии на право проведения предварительного медицинского осмотра и дата ее выдачи \_\_\_\_\_

## Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

3. Адрес постоянного места жительства: \_\_\_\_\_

4. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: поступающий (абитуриент)

5. Профессия (работа) Пр.2, п. 16,17,24 \_\_ Приказ МЗ РФ №302н от 12.04.11

(номер пункта или пунктов Перечня\*, перечислить)

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

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. ЭКГ\* \_\_\_\_\_

6.8. Флюорография/рентген ОГК\* \_\_\_\_\_

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

7.1. Врач-психиатр\* \_\_\_\_\_

7.2. Врач-нарколог\* \_\_\_\_\_

7.3. Дерматовенеролог\* \_\_\_\_\_

7.4. Отоларинголог\* \_\_\_\_\_

7.5. Стоматолог\* \_\_\_\_\_

7.6. Акушер-гинеколог\* \_\_\_\_\_

7.7. Терапевт\* \_\_\_\_\_

7.8. Заключение врача-профпатолога\* \_\_\_\_\_

\* обязательные обследования

Дата выдачи: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Председатель медицинской комиссии \_\_\_\_\_

МП. (ФИО.) (подпись)