
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН _____

Реквизиты лицензии на право проведения предварительных медицинских осмотров и дата её выдачи _____

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. Ф.И.О.: _____

2. Дата рождения: _____

(число, месяц, год)

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

3. Адрес постоянного места жительства: _____

4. Вид, в котором освидетельствуется обследуемое лицо: поступающий (абитуриент) в соответствии с приказом МЗ РФ от 28.01.2021 № 29н

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

5.1. Антропометрия, ИМТ _____

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

5.3. Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка) _____

5.4. Глюкоза крови _____

5.5. Общий холестерин крови _____

5.6. Кровь на сифилис (ОРС) _____

5.7. Кал на гельминтоз _____

5.8. Кал на кишечную группу _____

5.9. Исследование на брюшной тиф (РПГА) _____

5.10. Мазок на гонорею _____

5.11. Мазок из зева и носа на патогенный стафилококк _____

5.12. Мазок на флору (для женщин) _____

5.13. Мазок на атипичные клетки (для женщин) _____

5.14. УЗИ органов малого таза (для женщин) _____

5.15. ЭКГ _____

5.16. Флюорография или рентгенография в 2-х проекциях _____

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

6.1. Психиатр _____

6.2. Невролог _____

6.3. Нарколог _____

6.4. Дерматовенеролог _____

6.5. Оториноларинголог _____

6.6. Стоматолог _____

6.7. Акушер-гинеколог (для женщин) _____

6.8. Терапевт _____

6.9. Врачебное анкетирование _____

6.10. Заключение врача-профпатолога _____

(не имеет / имеет медицинские противопоказания к обучению)

Дата выдачи: « _____ » 20 _____ г.

Председатель медицинской комиссии _____

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О)