(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

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

1. Адрес постоянного места жительства:\_
2. Вид деятельности освидетельствуемого в вуз: поступающий в вуз (абитуриент)
3. Основание: п. 18 приложения №2 к приказу МЗ и СР РФ №302н от 12.04.2011г.
4. 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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Глюкоза крови\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Общий холестерин крови\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Кровь на сифилис (ОРС)\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Кал на гельминтоз\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Мазок на флору (для женщин)\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. Мазок на атипичные клетки (для женщин)\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Мазок на гонорею\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. ЭКГ\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	4. Флюорография/рентген ОГК\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Заключение врачей-специалистов (дата осмотра, заключение, подпись, печать):
7. Психиатр\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Нарколог\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Дерматовенеролог\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Оториноларинголог\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Стоматолог\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Акушер-гинеколог\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. Терапевт\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. **Заключение врача-профпатолога**\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(не имеет / имеет медицинские противопоказания к обучению в вузе)
\*Обязательные обследования
Дата выдачи: « » 2017 г.

Председатель медицинской комиссии

м.п.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)