

(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: \_\_\_\_\_

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

4. Вид деятельности освидетельствуемого: поступающий в вуз (абитуриент)

5. Основание: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н

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

6.1. Общий 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. Оториноларинголог\* \_\_\_\_\_

7.5. Стоматолог\* \_\_\_\_\_

7.6. Акушер-гинеколог\* \_\_\_\_\_

7.7. Терапевт\* \_\_\_\_\_

7.8. Невролог\* \_\_\_\_\_

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

(не имеет / имеет медицинские противопоказания к обучению в вузе)

\*Обязательные обследования; \*\*Обследования для граждан в возрасте от 18 лет и старше

Дата выдачи: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

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

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)