

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

3. Адрес постоянного места жительства: _____

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

5. Профессия (работа): п. 27 приложения к приказу МЗ РФ №29н от 28.01.2021г.

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. Кал на кишечную группу* _____

6.8. Исследование на брюшной тиф (РПГА)* _____

6.9. Мазок на флору (для женщин)* _____

6.10. Мазок на атипичные клетки (для женщин)* _____

6.11. Мазок из зева и носа на патогенный стафилококк* _____

6.12. Мазок на гонорею* _____

6.13. ЭКГ* _____

6.14. 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. Невролог* _____

7.8. Терапевт* _____

7.9. Заключение врача-профпатолога* _____

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

*обязательные обследования

Дата выдачи: « _____ » _____ 20__ г.

Председатель медицинской комиссии _____

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)