
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН _____

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

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

(число, месяц, год)

Адрес постоянного места жительства _____

Вид работы, в которой работник освидетельствуется: абитуриент

Номер полиса ОМС _____

Основание: п.25 приложения к приказу МЗ РФ №29н от 28.01.2021г.

Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения):

1. Расчет на основании антропометрии индекса массы тела (от 18 лет и старше) _____

2. Общий анализ крови* (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) _____

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

4. ЭКГ (от 18 лет и старше) _____

5. Артериальное давление на периферических артериях (от 18 лет и старше) _____

6. Общий холестерин крови (от 18 лет и старше) _____

7. Глюкоза крови (от 18 лет и старше) _____

8. Относительный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE (от 18 до 40 лет включительно) _____

9. Абсолютный сердечно-сосудистый риск (старше 40 лет) _____

10. Флюорография/рентгенография (прямая и правая боковая проекции) (от 18 лет и старше) _____

11. Внутриглазное давление (от 40 лет и старше) _____

12. Маммография в двух проекциях (для женщин старше 40 лет) _____

13. Кровь на сифилис (ОРС)* _____

14. Мазок на гонорею* _____

15. Исследования на возбудителей кишечных инфекций* _____

16. Серологическое обследование на брюшной тиф* _____

17. Исследования на гельминтоз* _____

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

1. Невролог* _____

2. Врач-психиатр* _____

3. Врач-нарколог* _____

4. Дерматовенеролог* _____

5. Отоларинголог* _____

6. Стоматолог* _____

7. Акушер-гинеколог* _____

8. Терапевт* _____

9. Заключение врача-профпатолога* _____

(имеет /не имеет медицинских противопоказаний для обучения по специальности в ССУЗе)

* обязательные обследования

Дата выдачи: « _____ » _____ 20 __ г.

Председатель медицинской комиссии _____

МП.

(ФИО.) (подпись)