_____
(наименование организации (предприятия), форма собственности, отрасль экономики)
_____
_____
(адрес)

Код ОГРН | | | | | | | | | | | | | |

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

Наименование учебного заведения, куда предоставляется справка – ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж».

1. Ф.И.О.: _____ Дата рождения: _____
2. Серия и номер, дата выдачи и полиса ОМС и страховая компания, выдавшая его: _____
(число, месяц, год)
_____
3. Адрес постоянного жительства: _____
_____
4. Вид работы, с которой работник освидетельствуется: поступающий
5. Профессия (работа в мед.организации) в соответствии с приказом МЗ РФ № 29н от 28.01.2021 г. _____
6. Перенесенные заболевания _____
_____
7. Предохранительные прививки (с указанием даты, не допускается запись «Прививки по возрасту»)_____
_____
_____

8. Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения, заключение, с приложением результатов медицинского осмотра (обследования):

8.1. Клинический, общий анализ крови* (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) _____
_____
8.2. Клинический анализ мочи* (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка) _____
_____
8.3. Глюкоза крови* _____
8.4. Общий холестерин крови* _____
8.5. Кровь на сифилис (РМП)* _____
8.6. Кал на я/гельминтов* _____
8.7. Кал на кишечную группу* _____
8.8. Серологическое исследование на брюшной тиф (РПГА)* _____
8.9. Исследование на вирусный гепатит В и С* _____
8.10. Исследование на ВИЧ-инфекцию* _____
8.11. Бактериологическое исследование, флору (для женщин) _____
8.12. Цитологическое исследование, на атипичные клетки (для женщин) _____
8.13. Маммография или УЗИ молочных желез (1 раз в 2 года для женщин старше 40 лет) _____
_____
8.14. Мазок из зева и носа на стафилококк* _____
8.15. Мазок на гонорею* _____
8.16. Электрокардиография* _____
8.17. Флюорография/рентген ОГК * _____

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

9.1. Психиатр* _____
9.2. Нарколог* _____
9.3. Невролог* _____
9.4. Дерматовенеролог* _____
9.5. Отоларинголог* _____
9.6. Стоматолог* _____
9.7. Акушер-гинеколог* _____
9.8. Терапевт* _____
9.9. Заключение (врача-профпатолога, педиатра для несовершеннолетних) * _____
_____
(Не имеет/имеет медицинские противопоказания к обучению в медицинском учебном заведении)

*обязательные обследования

Дата выдачи: «____»_____20 ___ г.

Председатель медицинской комиссии _____ _____ _____

М.П. (подпись) (Ф.И.О.)