

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

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Предварительный медицинский осмотр (обследование)

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

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

2. Серия и номер, дата выдачи и полиса ОМС и страховая компания, выдавшая его: \_\_\_\_\_

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. Окулист\* \_\_\_\_\_

9.7. Стоматолог\* \_\_\_\_\_

9.8. Акушер-гинеколог\* \_\_\_\_\_

9.9. Терапевт\* \_\_\_\_\_

9.10. 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.)