

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН _____

Номер лицензии на право проведения предварительного медицинского осмотра 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 в вуз: поступающий в вуз (абитуриент)

5. Основание: п. 18 приложения №2 к приказу МЗ и СР РФ №302н от 12.04.2011г.

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. 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. **Заключение врача-профпатолога*** _____

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

*Обязательные обследования

Дата выдачи: « _____ » _____ 2015г.

Председатель медицинской комиссии _____

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)