
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН _____

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

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

3. Адрес постоянного места жительства: _____

4. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: абитуриент

5. Профессия (работа) Пр.1, п. 25 Приказ МЗ РФ №29н от 28.01.21

6. Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения):

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

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

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

6.4. ЭКГ (от 18 лет и старше) _____

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

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

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

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

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

6.10. Флюорография/рентген ОГК (прямая и правая боковая проекции) (от 18 лет и старше) _____

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

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

6.13. Кровь на сифилис (ОРС)* _____

6.14. Мазок на гонорею* _____

6.15. Исследования на возбудителей кишечных инфекций* _____

6.16. Серологическое обследование на брюшной тиф* _____

6.17. Исследования на гельминтоз* _____

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

7.1. Невролог* _____

7.2. Врач-психиатр* _____

7.3. Врач-нарколог* _____

7.4. Дерматовенеролог* _____

7.5. Отоларинголог* _____

7.6. Стоматолог* _____

7.7. Акушер-гинеколог* _____

7.8. Терапевт* _____

7.9. Заключение врача-профпатолога* _____

*** обязательные обследования**

Дата выдачи: « _____ » _____ 20 __ г.

Председатель медицинской комиссии _____

МП.

(ФИО.) (подпись)