

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

## Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. **ФИО** \_\_\_\_\_

2. **Дата рождения** \_\_\_\_\_

3. **Адрес постоянного места жительства** \_\_\_\_\_

4. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: **абитуриент**

5. Профессия (работа) Пр.1, п.20 прил.2, п.3.2, 2.4 Приказ МЗ РФ №302 н от 12.04.11 \_\_\_\_\_

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

6.1. Общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) \_\_\_\_\_

6.2. Общий анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка) \_\_\_\_\_

6.3. Глюкоза крови \_\_\_\_\_

6.4. Общий холестерин крови \_\_\_\_\_

6.5. Кровь на сифилис \_\_\_\_\_

6.6. Кал на гельминтоз \_\_\_\_\_

6.7. Мазок на гонорею \_\_\_\_\_

6.8. Мазок на флору (для женщин) \_\_\_\_\_

6.9. ЭКГ \_\_\_\_\_

6.10. Флюорография \_\_\_\_\_

6.11. Исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф \_\_\_\_\_

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

7.1. Врач-психиатр \_\_\_\_\_

7.2. Врач нарколог \_\_\_\_\_

7.3. Дерматовенеролог \_\_\_\_\_

7.4. Отоларинголог \_\_\_\_\_

7.5. Стоматолог \_\_\_\_\_

7.6. Акушер-гинеколог \_\_\_\_\_

7.7. Врач-невролог \_\_\_\_\_

7.8. Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_

8. Заключение терапевта \_\_\_\_\_

Дата выдачи: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Руководитель подразделения \_\_\_\_\_

М.П. (ФИО) подпись