
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

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

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.2, п. _____ Приказ МЗ РФ №302н от 12.04.11
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

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. Кал на кишечную группу* _____

6.8. Исследование на брюшной тиф* _____

6.9. Мазок на гонорею (для мужчин)* _____

6.10. Мазок на флору (для женщин)* _____

6.11. Онкоцитология (для женщин)* _____

6.12. ЭКГ* _____

6.13. Флюорография/рентген ОГК* _____

6.14. Anti-HIV, HBsAg, анти-HBc** _____

6.15. УЗИ молочных желез/маммография (для женщин старше 40 лет) _____

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. Терапевт* _____

7.8. Врач инфекционист (при наличии заболеваний) _____

8. Сведения о вакцинации (или копия прививочного сертификата) ** _____

*обязательные обследования

**рекомендованные обследования

Дата выдачи: « _____ » _____ 20 _____

Руководитель подразделения _____

М.П. _____

(Ф.И.О.) _____

(подпись) _____