

\_\_\_\_\_ (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\* \_\_\_\_\_

6.10. Мазок на флору (для женщин)\* \_\_\_\_\_

6.11. ЭКГ\* \_\_\_\_\_

6.12. Флюорография/рентген ОГК\* \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

\*обязательные обследования

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

Руководитель подразделения

\_\_\_\_\_ М.П.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)