
(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН _____

Номер лицензии на право проведения предварительных медицинских осмотров и дата её выдачи _____

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

1. Ф.И.О.: _____

2. Дата рождения: _____

(число, месяц, год)

Серия и номер, дата выдачи полиса ОМС и страховая компания, выдавшая его: _____

3. Адрес постоянного места жительства: _____

4. Вид работы, в которой работник освидетельствуется: поступающий в ГБПОУ

«Армавирский медицинский колледж»

5. Профессия (работа): п. 27 приложения к приказу МЗ РФ №29н от 28.01.2021г.

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

6.1 Общий 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. Кал на кишечную группу _____

6.8. Исследование на брюшной тиф(РПГА) _____

6.9. Мазок на флору(для женщин) _____

6.10. Мазок на атипичные клетки(для женщин) _____

6.11. Мазок на гонорею _____

6.12. ЭКГ* _____

6.13. 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. Невролог _____

7.8. Терапевт _____

8. Профилактические прививки _____

* для лиц старше 18-ти лет

Дата выдачи: « ____ » _____ 20 ____ г.

Председатель медицинской комиссии _____

М.П.

(подпись)

(Ф.И.О.)