

_____ (наименование медицинской организации)

_____ (адрес медицинской организации)

Форма разработана в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры», приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 02.09.2020 № 457 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования»

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

(врачебное профессионально-консультативное заключение)

от _____ 2024 года

1. Выдана _____ (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))
2. Наименование образовательной организации, куда предоставляется справка: *Ессентукский филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*
3. Пол: М Ж
4. Дата рождения: _____
5. Адрес регистрации: _____
6. Заключение врачей специалистов (дата осмотра, заключение, подпись, печать):
- Терапевт _____
- Хирург _____
- Невролог _____
- Окулист _____
- Отоларинголог _____
- Дерматовенеролог _____
- Стоматолог _____
- Психиатр _____
- Нарколог _____
- Акушер- гинеколог (для женщин) с проведением бактериологического (на флору) и цитологического исследования) _____
- Инфекционист * (по рекомендации врачей-специалистов) _____
7. Данные лабораторных и инструментальных исследований (дата проведения):
- Индекс массы тела (для граждан старше 18 лет) _____
- Клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ) _____
- Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка) _____
- Исследование уровня глюкозы _____
- Исследование уровня общего холестерина _____
- Электрокардиография _____
- Цифровая флюорография или рентгенография в 2-х проекциях (прямая и правая боковая) легких _____
- Исследование крови на сифилис _____
- Мазки на гонорею (для мужчин) _____
- Исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф _____
- Исследование на гельминтозы _____
- Мазок из зева и носа на наличие патогенного стафилококка _____
- Маммография обеих молочных желез в двух проекциях (для женщин старше 40 лет) _____
- Anti-HIV, HBsAg, анти- HBc _____
8. Сведения о вакцинации (или копия прививочного сертификата) _____
9. Врачебное заключение о профессиональной пригодности _____
- Подпись лица, заполнившего справку _____ (подпись, расшифровка подписи)
- Подпись руководителя медицинской организации _____ (должность, подпись, расшифровка подписи)