

_____ (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 _____ года

1. Выдана _____ (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

2. Наименование образовательной организации, куда предоставляется справка: _____

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)