

Наименование учреждения

Форма разработана в соответствии с приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 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 Минпросвещения России от 02.09.2020 N 457 "Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования" (Зарегистрировано в Минюсте России 06.11.2020 N 60770)

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(врачебное профессионально-консультативное заключение)

от _____ 20__ года

1. Выдана

наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

2. Наименование учебного заведения, работы, куда предоставляется справка _____

3. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

4. М _____ 5. Дата рождения _____
Ж _____

6. Адрес местожительства _____

7. Перенесенные заболевания _____

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

терапевт _____

хирург _____

невролог _____

офтальмолог _____

отоларинголог _____

дерматовенеролог _____

стоматолог _____

психиатр _____

нарколог _____

акушер- гинеколог ((для женщин) с проведением бактериологического (на флору) и цитологического исследования)

инфекционист * _____

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования: цифровая флюорография или рентгенография в 2-х проекциях (прямая и правая боковая) легких

10. Данные лабораторных исследований:
клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ)

клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка)

электрокардиография
биохимический скрининг: содержание в сыворотке крови глюкозы, холестерина

исследование крови на сифилис
мазки на гонорею
исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое обследование на брюшной тиф
исследование на гельминтозы
мазок из зева и носа на наличие патогенного стафилококка

11. Предохранительные прививки (указать дату)

12. Врачебное заключение о профессиональной пригодности**

Подпись лица, заполнившего справку

Подпись главного врача
лечебно-профилактического учреждения

М П

Примечание: * по рекомендации врачей-специалистов, участвующих в предварительных медицинских осмотрах;

**заключение о профессиональной пригодности дается в соответствии с приказом Минздрава России от 28.01.2021 N 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" (Зарегистрировано в Минюсте России 29.01.2021 N 62277)