

**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)

заполняется на поступающих в высшие учебные заведения, техникумы, средние учебные заведения, профессионально-технические, технические училища; на подростков, поступающих на работу

от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

1. Выдана

\_\_\_\_\_   
наименование и адрес учреждения, выдавшего справку

2. Наименование учебного заведения, работы, куда предоставляется справка

АНПОО «Межрегиональный медицинский колледж», Ставропольский край, г.Ессентуки, ул.Гагарина, д.23

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

4. Пол М Ж

5. Дата рождения \_\_\_\_\_

6. Адрес местожительства \_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

терапевт

хирург

невропатолог

окулист

отоларинголог

дерматовенеролог

стоматолог

психиатр

нарколог

---

акушер- гинеколог ((для женщин) с проведением бактериологического (на флору) и цитологического исследования) \_\_\_\_\_  
инфекционист \*

---

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования

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 \_\_\_\_\_

---

флюорография или рентгенография легких в двух проекциях (прямая и правая боковая) \_\_\_\_\_

---

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