Наименование медицинской организации: Адрес фактического места нахождения:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Код ОГРН

Контактный телефон: Электронная почта:

№ лицензии на право проведения предварительных медицинских осмотров и дата её выдачи

Предварительный медицинский осмотр (обследование)

В медицинскую организацию предоставить документы:

Паспорт; СНИЛС; полиса ОМС

1. Ф.И.О.\_

1. Дата рождения (число, месяц, год)\_
2. Адрес постоянного места жительства
3. Вид работ, в которой работник освидетельствуется:

профессия (работа): п. 27. Приложения к порядку проведения предварительных и периодических медосмотров предусмотренных ч. 4 ст. 213 Труд. код. РФ утвержденного приказом МЗ РФ № 29н от 28.01.2021г.

# Лабораторные и инструментальные методы исследования (дата проведения, заключение)

следующие исследования:

расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, который проходят граждане в возрасте от 18 лет и старше;

* 1. 5.1. Общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула,

СОЭ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. 5.2.Общий анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка)
	2. 5.3. Глюкоза крови натощак (допускается использование экспресс-метода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5.4.Общий холестерин крови натощак (допускается использование экспресс-метода)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. 5.5. Кровь на сифилис (ОРС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	4. 5.6. Кал на гельминтозы
	5. 5.7. Кал на кишечную группу
	6. 5.8. Исследования на брюшной тиф (РПГА)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	7. 5.9. Мазок на флору (для женщин)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	8. 5.10. Мазок на атипичные клетки (для женщин)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	9. 5.11. Мазок на гонорею(для мужчин)
	10. 5.12. ЭКГ в покое, которую проходят граждане в возрасте от 18 лет и старше

* 1. 5.13. Измерение артериального давления на периферических артериях

Определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 40 лет включительно. Сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE ;

определение абсолютного сердечно-сосудистого риска - у граждан в возрасте старше 40 лет

* 1. 5.14. Цифровая флюорография или рентгенография в 2 – х проекциях (прямая и правая боковая) легких

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. 5.15. Маммографию молочных желез у женщин старше 40 лет

# Заключения врачей-специалистов (дата осмотра, заключение, подпись, печать):

* 1. 6.1. Терапевт
	2. 6.2. Психиат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	3. 6.3. Нарколог
	4. 6.4. Дерматовенеролог
	5. 6.5. Окулист (измерение внутриглазного давления)
	6. 6.6. Невролог
	7. 6.7. Оториноларинголог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	8. 6.8. Стоматолог
	9. 6.9. Акушер-гинеколог (исследование УЗИ органов малого таза)

# 7.0. Заключение врача – профпатолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи: «\_\_\_\_» 20 г.

Председатель медицинской комиссии

м.п (подпись) (Ф.И.О.)