

Справка медицинского осмотра
предоставляемая **несовершеннолетним** абитуриентом в
ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж №5».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
от 10 августа 2017 г. N 514н

« О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»

Штамп медицинского учреждения

Заключение
по результатам предварительного медицинского осмотра

1. Ф И О _____

2. Пол _____

Дата рождения _____

№	Врачи-специалисты, ФИО	Заключение, данные об обследовании	Подпись /штамп	Дата
1	Педиатр			
2	Детский хирург			
3	Детский стоматолог			
4	Детский уролог-андролог (для мальчиков).			
5	Детский эндокринолог			
6	Невролог			
7	Травматолог-ортопед			
8	Офтальмолог			
9	Оториноларинголог			
10	Акушер-гинеколог			
11	Психиатр подростковый			
12	Общий анализ крови			
13	Общий анализ мочи			
14	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)			
15	Ультразвуковое исследование почек			
16	Электрокардиография			

Заключение профпаталого о пригодности к обучению _____

Мед. заключение о принадлежности к мед. группе для занятий физической культурой _____

Подпись главного врача лечебно-профилактического учреждения _____

Место печати

Справка медицинского осмотра
предоставляемая **совершеннолетним** абитуриентом в
ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж №5».

Штамп медицинского учреждения

Заключение
по результатам предварительного медицинского осмотра

1. Ф И О _____

2. Пол _____ Дата
рождения _____

№	Врачи-специалисты, ФИО	Заключение, данные об обследовании	Подпись /штамп	Дата
1	Врач- терапевт			
2	Врач- Оториноларинголог			
3	Врач- стоматолог			
4	Врач-психиатр			
5	Врач – нарколог			
6	Врач- Акушер-гинеколог (проведение бактериологического и цитологического исследования)			
7	Врач- дермато венеролог			
8	Мазки на гонорею			
9	Маммография или УЗИ молочных желёз (для женщин старше 40 лет)			
10	Биохимический скрининг(содержание в сыворотке крови глюкозы и холестерина)			
11	Клинический анализ крови			
12	Клинический анализ мочи			
13	Исследование крови на сифилис			
14	Цифровая флюорография или рентгенография лёгких			
15	Электрокардиография			
16	*Инфекционист (по рекомендации врачей- специалистов)			

Заключение профпатолога о пригодности к обучению _____

Мед. заключение о принадлежности к мед. группе для занятий физической культурой _____

Подпись главного врача лечебно-профилактического учреждения _____