

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Форма № 086/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_**  
**(врачебное профессионально-консультативное заключение)**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Место регистрации:  
субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

4. Место учебы\*, работы «Дальневосточное мореходное училище»

**(филиал) ФГБОУ ВО «Дальрыбвтуз»**

\* При поступлении на образовательные программы, определенные Постановлением Правительства РФ от 14 августа 2013 г. № 697, поступающий представляет медицинскую справку, содержащую сведения о проведении медицинского осмотра в соответствии с перечнем врачей-специалистов, лабораторных и функциональных исследований, общих и дополнительных медицинских противопоказаний, установленным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. N 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (Приложение 1)

5. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Профилактические прививки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Объективные данные и состояние здоровья:**

Терапевт \_\_\_\_\_

Хирург \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

Отоларинголог (лор) \_\_\_\_\_

Офтальмолог \_\_\_\_\_

Дерматовенеролог \_\_\_\_\_

Стоматолог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Нарколог \_\_\_\_\_

Иные (по необходимости) \_\_\_\_\_

*(все женщины осматриваются акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследования)*

**Данные флюорографии** в 2-х проекциях (прямая и правая боковая) \_\_\_\_\_

**Данные лабораторных исследований** \_\_\_\_\_

**При проведении медицинского осмотра в обязательном порядке проводятся:**

1) клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ);

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

3) **электрокардиография;**

4) биохимический скрининг: содержание в сыворотке крови глюкозы, холестерина.

**8. Заключение о профессиональной пригодности** \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки:

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

**Ф.И.О. Главного врача медицинской организации** \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

**М.П.**

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.