

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ) МЕДИЦИНСКИЙ
ОСМОТР (ОБСЛЕДОВАНИЕ)**

Направляется в _____
(наименование медицинской организации, адрес регистрации, код по ОГРН)

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

3. Поступающий на работу/работающий/учёбу (нужное подчеркнуть)

4. Цех, участок _____

5. Вид работы, в которой работник освидетельствуется _____

6. Стаж работы в том виде работы, в котором работник освидетельствуется _____

7. Предшествующие профессии (работы), должность и стаж работы в них _____

8. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:

8.1. Химические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня¹, перечислить)

8.2. Физические факторы _____
(номер строки, пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.3. Биологические факторы _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

8.4. Тяжесть труда (физические перегрузки) _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

9. Профессия (работа) Приложение 2 п.17 _____
(номер пункта или пунктов Перечня*, перечислить)

¹Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования).

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. АНАЛИЗ КРОВИ _____
2. АНАЛИЗ МОЧИ _____
3. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ _____
4. ФЛЮОРОГРАФИЯ _____
5. БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (глюкоза, холестерин) _____
6. ПСИХИАТР _____
7. НАРКОЛОГ _____
8. ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ _____
9. ОТОЛАРИНГОЛОГ _____
10. ГИНЕКОЛОГ _____
11. СТОМАТОЛОГ _____
12. ИССЛЕДОВАНИЕ НА ГЕЛЬМИНТОЗЫ _____
13. ИССЛЕДОВАНИЕ НА НОСИТЕЛЬСТВО ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ _____
14. МАЗОК НА ГОНОРЕЮ _____
15. МАЗОК ИЗ ЗЕВА И НОСА НА ПАТОГЕННЫЙ СТАФИЛОКОКК _____
16. СЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА БРЮШНОЙ ТИФ _____
17. ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА СИФИЛИС _____
18. ТЕРАПЕВТ _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

1. Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
- 1.1. Пол М/Ж 1.2. Дата рождения _____
2. Место работы/учёбы:
2.1. Организация (предприятие): Кинель-Черкасский филиал ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»
2.2. Цех, участок, специальность _____
3. Профессия (должность) (в настоящее время) _____ Приложение 2 п.17
Вредный производственный фактор или вид работы* _____
4. Согласно результатам проведенного предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования): не имеет / имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами; заключение не дано (нужное подчеркнуть).

Председатель врачебной комиссии _____
(подпись) (Ф.И.О.)
М.П. « _____ » _____ 20__ г.

* В соответствии с Перечнем вредных факторов и Перечнем работ (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12 апреля 2011г. №302н)