**ГАПОУ СО «Асбестовский политехникум»**Свердловская обл., г.Асбест, ул. им. А.П. Ладыженского, д.7, тел: (34365) 3-50-40 (доб. 016)

Фото

**Направление на медицинское обследование**

Ф.И.О. (абитуриента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

поступающего на специальность (профессию) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

возраст \_\_\_лет (полных), год, мес., день рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дом. адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рост \_\_\_\_, вес \_\_\_\_, группа физического развития\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование медицинской организации (адрес поликлиники по месту жительства)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№п/п** | **Специалист** | **Дата** | **Заключение** |
| **1** | **Психиатр** |  |  |
| **2** | **Нарколог** |  |  |
| **3** | **Терапевт/педиатр** |  |  |
| **4** | **Хирург** |  |  |
| **5** | **Невролог** |  |  |
| **6** | **Окулист** |  |  |
| 6.1 | Результаты исследования остроты зрения |  |  |
| 6.2 | Результаты исследования полей зрения |  |  |
| **7** | **Стоматолог** |  |  |
| **8** | **Отоларинтолог** |  |  |
| 8.1 | Результаты исследования вестибулярного анализатора |  |  |
| 8.2 | Результаты аудиометрии |  |  |
| **9** | **Спирометрия** |  |  |
| **10** | **ЭКГ** |  |  |
| **11** | **Флюорография** |  |  |
| **12** | **Данные лаб. исслед.** |  |  |
| **13** | **Прививки по возр.** |  |  |
| **14** | **Гинеколог (девушки)** |  |  |

**Эпикриз – выписка** (заверенная педиатром/терапевтом выписка из медицинской карты, подтверждающая отсутствие заболеваний, противопоказанных для поступления в профессиональные учреждения **с повышенной физической нагрузкой**).

**Заключение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись педиатра/терапевта

дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заведующего отделением
**м.п.** **Расшифровка подписи**