Приложение 4

штамп поликлиники

(Ф.И.О., г.р.)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Специалист*** | ***Диагноз*** | ***Заключение*** | ***Подпись и печать врача*** |
| Стоматолог |  |  |  |
| Офтальмолог |  |  |  |
| Оториноларинголог |  |  |  |
| Невролог |  |  |  |
| Травматолог-ортопед |  |  |  |
| Хирург |  |  |  |
| Эндокринолог |  |  |  |
| Уролог-андролог |  |  |  |
| Психиатр детский |  |  |  |
| Педиатр |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Лабораторные***  ***исследования*** | ***Дата*** | ***Результат (заключение)*** |
| Общий анализ крови + МОР (оригинал) |  |  |
| Общий анализ мочи  (оригинал) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Функциональная диагностика*** | ***Дата*** | ***Результат (заключение)*** |
| ЭКГ в покое и с нагрузкой  (прилагается оригинал ленты с описанием) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Рентгенологическое исследование*** | ***Дата*** | ***Результат (заключение)*** |
| Флюорография ( с 15 лет ) (оригинал) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ультразвуковое исследование*** | ***Дата*** | ***Результат (заключение)*** |
| УЗИ органов брюшной полости (оригинал) |  |  |
| УЗИ почек (оригинал) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Рост,масса тела*** | ***ЧСС за 1 минуту*** | ***Измерение артериального давления*** |
|  |  |  |

**Заключение:**

1) Состоит/не состоит на диспансерном наблюдении по поводу заболеваний

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**указать диагноз и дату постановки на учет (наблюдение)**

2) Сведения об отсутствии/наличии аллергических состояний (в том числе препятствующих проведению профилактических прививок, с указанием продуктов при пищевой аллергии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3) Группа состояния здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4)Медицинская группа для занятий физической культурой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5) К обучению в Кубанском казачьем кадетском корпусе Краснодарского края противопоказаний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (нет/есть).

6) Занятия рукопашным боем, строевой подготовкой, спортом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (разрешаются/ не разрешаются).

Главный врач

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

М.П. (подпись, расшифровка)