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)