краевое государственное бюджетное

профессиональное образовательное учреждение

«**ВЛАДИВОСТОКСКИЙ БАЗОВЫЙ**

**МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**»

690001, г. Владивосток,

ул. Светланская 105а

Тел./факс: 33-92-29, 33-91-98

Email: [vbmk01@mail.ru](mailto:vbmk01@mail.ru)

ОКПО 31167596

ИНН 2536052438/КПП 251101001

**Направление на предварительный медицинский осмотр**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Пол |  |
| Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан) |  |
| Адрес регистрации по месту жительства |  |
| Номер страхового полиса |  |

**Сведения о месте работы**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации | КГБПОУ «ВБМК» |
| Наименование структурного подразделения | Специальность  Группа |
| Должность или вид работы | Студент |

|  |  |
| --- | --- |
| **Выполняемые работы** | Приложение 1 к приказу № 29н от 28.01.2021 г. |
| Работы в медицинских организациях | **Пункт 27** |

Согласно Приказу МЗ РФ от 28.01.2021 г. № 29н «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 трудового кодекса российской федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | клинический анализ крови |  |
|  | общий анализ мочи |  |
|  | ЭКГ |  |
|  | флюорография |  |
|  | биохимический скрининг: холестерин |  |
|  | сахар крови |  |
|  | кровь на сифилис (ЭДС) |  |
|  | исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций (на дизгруппу) |  |
|  | исследования на гельминтозы |  |
|  | серологическое обследование на брюшной тиф |  |
|  | осмотр врача-дерматовенеролога |  |
|  | взятие мазка на гонорею (у мужчин) |  |
|  | осмотр врача-оториноларинголога |  |
|  | осмотр врача-стоматолога |  |
|  | УЗИ органов малого таза (женщинам) |  |
|  | маммография после 40 лет (жен) |  |
|  | внутриглазное давление (после 40 лет) |  |
|  | осмотр врача акушера-гинеколога и мазок на атипичные клетки и на флору |  |
|  | осмотр врача-психиатра |  |
|  | осмотр врача-нарколога |  |
|  | осмотр врача-невролога |  |
|  | осмотр врача-терапевта |  |
|  | Заключение врача-профпатолога / терапевта |  |

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

председатель врачебной комиссии

печать врачебной комиссии