

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава Рос-

сии
(наименование медицинской организации)
Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29

Код
ОГРН

1	0	2	6	1	0	3	1	6	5	7	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКА (СТУДЕНТА)

№ _____

« ____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)

1. Фамилия _____
Имя _____ Отчество _____
2. Пол: М Ж 3. Дата рождения _____
(число, месяц, год)
4. Паспорт: серия ____ номер _____ дата выдачи _____
кем выдан _____
5. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания):

_____ телефон _____

6. Номер страхового
полиса ОМС

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

7. Название страховой компании _____
8. Место работы (учебы): ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
- 8.1. Наименование структурного подразделения (факультета, группы):

- 8.2. Профессия (должность): _____

9. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата, справка №)

- 9.1. Программа реабилитации от _____
- 9.2. Академический отпуск (да, нет, причина) _____

10. Семейное положение:

состоит в браке-1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.

11. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее 3, основное-4, начальное-5; неизвестно-6.

12. Занятость: работает-1, проходит военную службу и приравненную к ней службу-2; пенсионер-3, студент-4, не работает-5, прочие -6.

12.1. Изменение места работы _____

13. Изменение места регистрации _____

14.0 Условия труда (в настоящее время):

Наименование производственного фактора, вида работы с указанием пункта**	Стаж работы с фактором

14.1 Профессиональный маршрут до начала работ в данном виде работ:

Начало и окончание работы (мес год)	Организация (предприятие)	Наименование работы с указанием пункта**	Наименование производственного фактора с указанием пункта**

14.2 Даты проведения предварительных медицинских осмотров:

«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.

14.3. Даты проведения периодических медицинских осмотров:

«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.
«__»__ 20__ г. «__»__ 20__ г.

15. Медицинская организация, к которой прикреплен работник (студент) для постоянного наблюдения (название, юридический адрес):

16. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ 10	Врач

17. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

18. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____

19. Аллергические реакции _____

20. Сведения о вакцинации

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка

Дата проведения (число, месяц, год)	АКДС, АДС, АД-М, АС*	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

Прививки против ВГВ

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование препарата	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

Прививки против кори

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

Прививки против краснухи

Дата проведения (число, месяц, год)	Наименование учреждения	Подпись врача Печать

21. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, ФАПе, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: код по МКБ-10 _____

Осложнения: код по МКБ-10 _____

Сопутствующие заболевания: код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	

22. План медицинского осмотра на _____ год

Осмотры (обследования)	Дата выполнения	Заключение по результатам осмотра (годен, не годен, заключение не дано)
ИМТ		
ОАК		
Холестерин		
Глюкоза		
ОРС		
Гепатиты В и С, ВИЧ		
ОАМ		
Гельминтоз		
Рентгенография ОГК		
Мазок из зева и носа		
Мазок на флору		
Цитол. исследование		
ЭКГ		
Маммография (УЗИ)		
Психиатр		
Нарколог		
Стоматолог		
Оториноларинголог		
Гинеколог		
Дерматовенеролог		
Невролог		

Офтальмолог		
Хирург		
Терапевт		
Группа здоровья:		
Рекомендации:		

30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

33. Результаты функциональных методов исследования:

34. Результаты лабораторных методов исследования: