



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.

14.3. Даты проведения периодических медицинских осмотров:

«\_\_»\_\_ 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

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

33. Результаты функциональных методов исследования:

34. Результаты лабораторных методов исследования: