

ВЫПИСКА
из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь
в амбулаторных условиях, по результатам
предварительного / периодического / внеочередного медицинского осмотра

1. Ф.И.О.

M

Ж

[illegible]

8. СНИЛС

Группа здоровья: I II IIIa IIIб

12. Рекомендации

Обследование в ПЦ

Дообследование

Диспансерное наблюдение

Амбулаторное обследование и лечение

Стационарное обследование и лечение

Санаторно-курортное лечение

Рекомендации

Исследования	Результат
HBs-Ag, анти-HCV	
Аланинаминотрансфераза (АЛТ)	
Артериальное давление на периферических артериях	
Аспартатаминотрансфераза (АСТ)	
Аудиометрия	
Базальная зернистость эритроцитов	
Бактериоскопия мазка	
Билирубин	
Биомикроскопия сред глаза	
Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)	
Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП)	
Глюкоза крови	
Дельта-аминолевулиновая кислота мочи (АЛК)	
Индекс массы тела	
Исследование бинокулярного зрения	
Исследование вестибулярного аппарата	
Исследование внутриглазного давления (офтальмотонометрия)	
Исследование крови на сифилис	
Исследование объема аккомодации	
Исследование остроты зрения	
Исследование полей зрения	
Исследование цветоощущения	
Кал на яйца гельминтов	
Карбоксигемоглобин	
Клинический анализ крови	
Клинический анализ мочи	
Копропорфирин мочи	
Мазок из зева и носа	
Мазок на онкоцитологию	
Маммография	
Метгемоглобин	
Общий холестерин	
Офтальмоскопия глазного дна	
Ретикулоциты крови	
Рефрактометрия	
Сердечно-сосудистый риск абсолютный	
Сердечно-сосудистый риск относительный	
Спирометрия	
УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы	
УЗИ органов малого таза	
УЗИ периферических сосудов	
Фиброгастродуоденоскопия	
Флюорография или рентгенография легких	
Щелочная фосфатаза	
Электрокардиография	

14. Заключение

Предварительный диагноз профессионального заболевания: _____ (шифр по МКБ –X)

Впервые установлено хроническое соматическое заболевание: _____ (шифр по МКБ –X)

15. Результаты предварительного (периодического, внеочередного) медицинского осмотра

медицинские противопоказания к работе не выявлены
 медицинские противопоказания к работе выявлены (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания): _____

М.П.

Председатель врачебной комиссии: _____
 (подпись, личная печать)