|  |
| --- |
| Приложение 1  к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь  09.07.2010 № 92 |

Форма 1 здр/у-10

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА  
о состоянии здоровья**

Дана ***Иванову Ивану Ивановичу***

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Дата рождения ***01.01.2009*** Пол: ***мужской***/женский (подчеркнуть)

(число, месяц, год)

Место жительства (место пребывания) ***г. Витебск, ул. Смоленская, д.1***

Цель выдачи справки ***для обучения в кадетском училище***

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) ***указываются с рождения: аллергоанамнез, хирургические вмешательства, травмы, перенесенные инфекционные заболевания***

Результаты рентгенфлюорографического обследования органов грудной клетки

***с 15 лет***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врачебно профессионально-консультативное заключение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выписки из карты профилактических прививок с указанием вакцинации и даты их проведения с рождения, включая результаты иммунодиагностики на туберкулез

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название | Дата | Название | Дата | Название | Дата |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* копия ф.063/у прилагается

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований и прочее) ***05.03.23 г. хирург (ортопед) – диагноз; 05.03.23 г. невролог – диагноз; 05.03.23 г. окулист – острота зрения, цветоощущение, диагноз; 05.03.23 г. лор – диагноз; 05.03.23 г. стоматолог – состояние полости рта, прикус; 05.03.23 г. гинеколог (для девушек) – диагноз.***

***При наличии патологии (в том числе по УЗИ) – консультация эндокринолога, кардиолога, ортопеда с заключением согласно рентгеновскому снимку.***

***Подпись и печать каждого специалиста обязательны!***

***Вес, рост, АД, ОАК, ОАМ, глюкоза крови, ЭКГ с расшифровкой, УЗИ сердца, УЗИ щитовидной железы, другие исследования по медицинским показаниям (выявленным патологиям).***

Группа по физкультуре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение ***указываются сведения о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний к обучению в кадетском училище.***

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок действия справки ***6 мес. – 1 год***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач-специалист (секретарь комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (подпись) | | (инициалы, фамилия) | |
| Руководитель организации |  | |
| (заведующий структурным |  | |
| подразделением (обособленным |  | |
| структурным подразделением), |  | |
| председатель комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (подпись) | (инициалы, фамилия) | |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.  М.П. |  | |