

№ _____

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТА

Карта прохождения медицинского осмотра

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
"_____" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

в отношении _____, "_____" _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Научно-практическом лечебном центре «Семейный врач» федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"_____" _____ 2022 г.

Врач – акушер-гинеколог

Дата осмотра:

Жалобы _____

П.М. _____ Menarche с _____ лет, по _____ дней, через _____ дней, умеренные, обильные, (без) болезненные, (не) регулярные.

Гинекологические заболевания _____ Б. _____ Р. _____ А. _____
St.genitalis: _____

НЗ: шейка матки сформирована, (не)деформирована, наружный зев закрыт, (не)эрозирована. Своды свободные
Выделения _____

PV: Тело матки: _____ . Левые придатки: _____ Правые придатки: _____

Взят мазок на флору и атипичные клетки.

DS: _____

Врач _____

Врач - дерматолог

Дата осмотра:

Жалобы _____

Кожные и венерические заболевания _____

Слизистая полости рта _____ . Периферические л\у (не) увеличены.

Кожный покров _____

Наружные половые органы сформированы (не) правильно. Выделения _____

DS: _____

Годен / не годен _____ Врач _____ Полежаева Н.А.

Врач-стоматолог

Дата осмотра:

DS: _____

_____ Врач _____

Врач-оториноларинголог

Дата осмотра:

Врач общей практики / терапевт

Врач _____

Жалобы: нет на момент осмотра, на _____

Хрон. заболевания: отрицает / _____

Травмы, операции: отрицает / _____

Аллерголог.анамнез: б/о _____

Общее состояние: удовлетворительное. Рост- _____ Вес _____ ИМТ _____ .

Кожа: сухая, влажная, чистая _____ . Периферические лимфоузлы (не) пальпируются.

Грудная клетка: правильной формы _____ . Дыхание везикулярное, хрипы нет / есть.

Тоны сердца ясные, приглушенные, ритм (не) правильный. Пульс _____ в мин., (а)ритмичный.

АДdext = АД sin _____ мм.рт. ст.Язык влажный, чистый, обложен белым налетом, отпечатки зубов.

Живот мягкий, вздут, при пальпации (без) болезненный _____

Периферические отеки отсутствуют, умеренные, значительные, пастозность _____.

Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, затрудненное, без/болезн. Стул (не) регулярный, оформленный, физиол.окраски. _____

Ds: _____

Даны рекомендации по коррекции факторов риска.

Невролог

Дата осмотра:

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР:

Жалобы: нет / _____

Неврологический анамнез: б/о / _____

в позе Ромберга (не)устойчив, пальце-носовая проба – б/о, очаговая неврологическая симптоматика (не)выявлена.

DS: _____

Врач _____

Флюорография: _____

ЭКГ: _____

Лабораторные исследования

Дата выполнения: _____

КАК		
Показатель	Значение	Единицы измерения
Эритроциты		*10 ¹² /л
Гемоглобин		г/л
Лейкоциты		*10 ⁹ /л
гранулоциты		%
лимфоциты		%
моноциты		%
СОЭ		мм/ч
Биохимический анализ крови		
Показатель	Значение	Единицы измерения
Глюкоза		ммоль/л
Общий холестерин		ммоль/л
Общий анализ мочи		
Цвет		
Удельный вес	10	
Прозрачность		
рН		
Белок		
Сахар		
Ацетон		
Уробилин		
Лейкоциты		
Эритроциты		
Циандры		
Эпителий		
Слизь		
Соли		
Бактерии		
Мазок гинекологический / урологический (флора)		
	Vag. / Ur	Ser.
Лейкоциты		
Эпителий		
Слизь		
Микрофлора		
Трихомонады		
Гонококки		
Мазок гинекологический цитологический		
Исследование на носительство возбудителей кишечных инфекций и серологическое исследование на брюшной тиф		

Исследование на гельминтозы		

Врач КЛД / ф/лаборант: _____		

Профпатолог:

Дата осмотра

Выявленные заболевания: _____

Рекомендации: _____

Группа здоровья: I, II, IIIa, IIIб

Относительный сердечно-сосудистый риск: _____ %.

Врач _____