



Профилактический осмотр _____ . 201__ г.
для поступления в кадетский класс

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

№ карты _____

Адрес _____

Врач	Данные осмотра	Рекомендации
ХИРУРГ	<p>ЖАЛОБЫ: <i>нет</i> КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ: <i>чистые</i> ЖИВОТ: <i>мягкий, б/б</i>, ЛИМФ. УЗЛЫ: <i>не увеличены</i>, ГРЫЖ. ВЫПАЧИВАНИЯ: <i>нет</i>, ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ: <i>без патологии</i></p> <p>DS:</p> <p>Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ / _____ фамилия врача / подпись</p>
ОРТОПЕД	<p>ЖАЛОБЫ: <i>нет</i>, ОСАНКА: <i>правильная</i>, ОСЬ ПОЗВОНОЧНИКА: <i>по средней линии</i> ДВИЖЕНИЕ В СУСТАВАХ: <i>свободное</i>, ДЛИНА НОГ: D S СТОПЫ: <i>норма</i></p> <p>DS:</p> <p>Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ / _____ фамилия врача / подпись</p>
ЛОР	<p>ЖАЛОБЫ: <i>нет</i>, НОС: <i>дыхание свободно, затруднено</i>, СЛИЗИСТАЯ: <i>розовая, не отечная</i>, РОТОГЛОТКА: <i>ЗЕВ розовый, гиперемирован</i>, НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ, <i>чистые</i>, УШИ: <i>AD et AS MT бледные, гиперемированы, втянуты</i>, <i>контурятся, контуры не четкие</i> ШЕПОТНАЯ РЕЧЬ <i>б/бм</i>.</p> <p>DS:</p> <p>Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ / _____ фамилия врача / подпись</p>
ОКУЛИСТ	<p>ЖАЛОБЫ: <i>нет</i> ДВИЖЕНИЕ МЫШЦ: УГОЛ КОСОГЛАЗИЯ DEV 0° OD – VIS OS – ГЛАЗНОЕ ДНО OU ЦВЕТОВОЕ ЗРЕНИЕ: <i>в норме</i></p> <p>DS:</p> <p>Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ / _____ фамилия врача / подпись</p>
НЕВРОЛОГ	<p>ЖАЛОБЫ: <i>нет</i> Ч.М. Травмы, СУДОРОГИ, ОБМОРОКИ – <i>отрицает</i> ЭНУРЕЗ: – <i>отрицает</i>, ИНТЕЛЛЕКТ: <i>в норме</i>, НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: <i>без очаговых симптомов</i>, ПАТОЛОГИЯ: <i>не выявлено</i>,</p> <p>DS:</p> <p>Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ / _____ фамилия врача / подпись</p>

Врач	Данные осмотра	Рекомендации
СТОМАТОЛОГ	ЖАЛОБЫ: <i>нет</i> СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА: <i>норма</i> , УЗДЕЧКИ ГУБ И ЯЗЫКА: <i>норма</i> , DS: Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/>	/ фамилия врача / подпись
ЭНДОКРИНОЛОГ	ЖАЛОБЫ: <i>нет</i> РОСТ _____ ВЕС _____ ВОЗРАСТ _____ SDS РОСТА _____ ИМТ _____ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА: _____ ФР: _____ ПОЛОВАЯ ФОРМУЛА: Ах _____ Р _____ F _____ L _____ V _____ DS: Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/>	/ фамилия врача / подпись
КАРДИОЛОГ <i>на приеме</i>	ЖАЛОБЫ: <i>нет</i> , DS: Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/>	/ фамилия врача / подпись
УРОЛОГ	ЖАЛОБЫ: <i>нет</i> ГРЫЖЕВЫЕ ВЫПАЧИВАНИЯ: <i>ABS.</i> ЯИЧКИ: <i>в мошонке, D S, плотные</i> VV. PLEX. RAMPINIFORMIS. <i>не расширены</i> ПРИДАТКИ ЯИЧЕК: <i>не увеличены, б/б</i> PENIS: <i>не искривлен</i> КРАЙНЯЯ ПЛОТЬ: <i>не расщеплена, эластична</i> ПОЛОВАЯ ФОРМУЛА: Ах _____ Р _____ Ts _____ F _____ DS: Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/>	/ фамилия врача / подпись
	DS: Код МКБ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> Гр. здор. <input type="checkbox"/> Физ. гр. <input type="checkbox"/>	/ фамилия врача / подпись
ПЕДИАТР	РОСТ _____ ВЕС _____ Ps _____ АД _____ / _____ ПИТАНИЕ: АД _____ / _____ ЖАЛОБЫ: АД _____ / _____ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ: КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ: ЛИМФОУЗЛЫ: ЛЕГКИЕ: СЕРДЦЕ: ЖИВОТ: СТУЛ: МОЧЕИСПУСКАНИЕ: ПОЛОВАЯ ФОРМУЛА: Ах _____ Р _____ F _____ L _____ V _____ <i>общий анализ крови, общий анализ мочи</i> DS: <i>Заключение: в обучении в кадетском классе</i> Физическое развитие: Физкультурная группа: Группа здоровья:	/ фамилия врача / подпись
	ФЛЮОРОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Эффективная эквивалентная доза за одно исследование (мЗв) / _____ /	/ фамилия врача / подпись