Приложение 7

к приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

02.03.2017 № 284

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  |  |  | **№ 140-5/у** |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  |  |  | Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  |
|  |
| Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА** **осмотра лиц с определением способности заниматься** **соответствующим видом деятельности по состоянию здоровья**1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Личная медицинская книжка № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5. Место жительства (регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6. Профессия, должность согласно Перечню профессий, производств и организаций, работники которых подлежат обязательным профилактическим медицинским осмотрам, утвержденному Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 02.12.2015 №23-19, с изменениями, внесенными Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 16.08.2016 № 10-23\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Очередной обязательный медицинский осмотр назначен на «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года |

2

Продолжение приложения 7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Врачи | Заключение | Подпись |
|  | Терапевт |  |  |
|  | Дерматовенеролог |  |  |
|  | Отоларинголог |  |  |
|  | Стоматолог |  |  |
|  | Другие специалисты |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Обследование | Результаты | Подпись |
|  | Флюорография (другие методы обследования на туберкулез легких) |  |  |
|  | Крови на: сифилис | только дата выполненного анализа |
|  |  вирусные гепатиты | только дата выполненного анализа |  |
|  |  ВИЧ | только дата выполненного анализа |  |
|  | Другие по показаниям |  |  |
|  | Бактериоскопические исследования: |  |  |
|  | На гонорею |  |  |
|  | Трихомониаз, хламидиоз |  |  |
|  | На патогенный стафилококк |  |  |
|  | Другие по показаниям |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Бактериологические исследования: |  |  |
|  | На гонорею |  |  |
|  | Кишечные инфекции |  |  |
|  | На патогенный стафилококк |  |  |
|  | Другие по показаниям |  |  |

Заключение председателя комиссии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О.) (подпись)

И.о. начальника

правового отдела

Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики М.В. Лопушанский