

## Форма медицинского осмотра для иностранцев

ФИО	Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Дата рождения	дд/мм/гг	фото
Адрес проживания					
Национальность		Место рождения		Группа крови	

Есть ли у вас какое-либо из следующих заболеваний или расстройств?  
(На каждый пункт необходимо ответить «Да» или «Нет»)

Психические расстройства ..... нет да

Токсикомания ..... нет да

Расстройства личности и поведения..... нет да

Шизофрения..... нет да

Хронические бредовые расстройства..... нет да

Острые и транзиторные психотические расстройства..... нет да

Аффективные расстройства ..... нет да

Психоз: Маниакальный психоз ..... нет да

Параноидный психоз ..... нет да

Галлюцинаторный психоз ..... нет да

Умственная отсталость..... нет да

Эпилепсия..... нет да

Деменция..... нет да

Есть ли у вас какое-либо из следующих заболеваний?  
(На каждый пункт необходимо ответить «Да» или «Нет»)

Лейкозы..... нет да

Апластическая анемия в стадии дебюта или рецидива..... нет да

Сахарный диабет I типа..... нет да

Цирроз печени..... нет да

Хронические заболевания почек..... нет да

Легочно-сердечная недостаточность любой этиологии III стадии..... нет да

Хроническая сердечная недостаточность любой этиологии II Б, III стадии..... нет да

Рост .....см	Вес.....кг	Артериальное давление .....mmhg
Развитие	Питание	Шея
Зрение	Л	В очках
	П	
Цветовосприятие	Л	Лимфоузлы
	П	
Уши	Нос	Гланды
Сердце	Лёгкие	Брюшная полость

Позвоночник	Конечности	Нервная система	
Прочие отклонения			
Рентгеновский снимок грудной клетки		ЭКГ	
Анализы: - ВИЧ - Инфекции, передающиеся половым путём (сифилис, гонорея) - Кровь - Моча			
<p>Ни одно из следующих заболеваний или расстройств не было обнаружено во время данного обследования:          (На каждый пункт необходимо ответить «Да» или «Нет»)</p> <p>Холера .....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да          Венерические заболевания.....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да          Геморрагические лихорадки Ласса, Марбург, Эбола .....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да          Чума .....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да          СПИД .....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да          Сибирская язва.....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да          Заболевания кожи (акантолитическая, резистентная к терапии пузырчатка, лимфома кожи с быстрой прогрессией, лепра).....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да          Активный туберкулёз различных органов и систем.....<input type="checkbox"/>нет <input type="checkbox"/>да</p>			
<p>Заключение</p> <p style="text-align: right;">место печати</p> <p>Подпись врача.....Дата</p>			