**Форма медицинского осмотра для иностранцев**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО | | Пол | | | □Мужской  □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»)  Органические психические расстройства с психотическими состояниями ……….…….…...……□нет □да  Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ …….…..……….….□нет □да  Расстройства личности и поведения……………………………………….….………….…….……..□нет □да  Шизофрения или расстройства шизофренического спектра……….………….……..…………..….□нет □да  Острые и транзиторные психотические расстройства……………..……………….……..…………□нет □да  Аффективные расстройства …………….……...………………..…………..…………..………….…□нет □да  Умственная отсталость…………….…………………………………..…………………..….….…….□нет □да  Деменция……………………..……………….…………………………..………………….………….□нет □да  Эпилепсия ……………………..……………………………………..…………….……..…………….□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 | | Л | | | Глаза | | | | | |
| П | | | П | | |
| Цветовосприятие | | | | Кожа | | | | | Лимфоузлы | | | | | |
| 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 на HbsAg, НСV  -Моча.  - Бактериологическое исследование выделений (кала) на наличие энтеропатогенных кишечных бактерий. | | |  | | | | | | | | | | | |
| Ни одно из следующих заболеваний или расстройств не было обнаружено во время данного обследования:  (На каждый пункт необходимо ответить «Да» или «Нет»)  Холера ……………………………………………………….……..…….…………………………..□нет □да  Венерические заболевания……………………………………………….………………………….□нет □да  Геморрагические лихорадки Ласса, Марбург, Эбола ………………………….…….……………□нет □да  Чума ………………………………………………………………………………….………….……□нет □да  СПИД …….……………...……………..….……………………….…………………………………□нет □да  Сибирская язва ……..……………..….……….…..……………….……….…………….…………..□нет □да  Заболевания кожи (акантолитическая, резистентная к терапии пузырчатка, лимфома кожи с быстрой прогрессией, лепра) ………………….….…………..………………………………………...…….□нет □да  Активный туберкулёз различных органов и систем …………….……………..………….……...□нет □да  COVID – 19 ………………………………………..………….………...…..…..……………..……..□нет □да | | | | | | | | | | | | | | |
| Заключение  место печати  Подпись врача…………………………Дата……………... | | | | | | | | | | | | | | |