|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Форма № 6 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| (печать военного комиссариата муниципального образования (муниципальных образований) |  | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | |  |  |
| **КАРТА медицинского освидетельствования гражданина, поступающего в военный учебный центр**  **при федеральной государственной образовательной организации высшего образования** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения | | |  |
| {{ full\_name }}, {{ birth\_info.date | date\_to\_russian\_format }} | | | |
|  | | | |
| 2. Место жительства | |  | |
|  | | | |
|  | | | |
| 3. Перенесенные заболевания, травмы, данные диспансерного наблюдения: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 4. Наличие аллергических состояний, препятствующих проведению профилактических прививок и лечению антибиотиками: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 5. Результаты обязательных диагностических исследований, выполненных до начала медицинского освидетельствования: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Наименование диагностических исследований | Дата, номер (при наличии), результат исследования |
| Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях |  |
| Общий (клинический) анализ крови |  |
| Общий анализ мочи |  |
| Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека |  |
| Исследование крови на маркеры гепатита  B и C |  |
| Электрокардиография в покое |  |
|  | |
| 6. Результаты медицинского освидетельствования: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Врачи-специалисты | | | | Результаты медицинского освидетельствования | | | | | | | | | |
| 1 | | | | 2 | | | | | | | | | |
| Врач-терапевт | | | |  | | | | | | | | | |
| Врач-хирург | | | |  | | | | | | | | | |
| Врач-невролог | | | |  | | | | | | | | | |
| Врач-психиатр | | | |  | | | | | | | | | |
| Врач-офтальмолог | | | |  | | | | | | | | | |
| Врач-  оториноларинголог | | | |  | | | | | | | | | |
| Врач-стоматолог | | | |  | | | | | | | | | |
| Врач-  дерматовенеролог | | | |  | | | | | | | | | |
| Врачи других специальностей | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Заключение военно-врачебной комиссии: | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| (указать наименование военно-врачебной комиссии, | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| заключение военно-врачебной комиссии) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| " |  | " |  | | 20 | |  | | г. |  | Протокол № | |  |
|  | | | | | | | | | |  |  | | (указать номер) |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Председатель военно-врачебной комиссии** |  |
|  | (воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Секретарь военно-врачебной комиссии** |  |
|  | (воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия) |

М.П.