

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

№ п/п	Врач-специалист	Подпись
1	Терапевт	
2	Невролог	
3	Психиатр	
4	Нарколог	
5	Дерматовенеролог	
6	Оториноларинголог	
7	Офтальмолог	
8	Хирург	

9	Стоматолог	
10	Профпатолог	
11		

Результаты предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования):

Дата вынесения заключения	Наименование вредного фактора или вида работы (в соответствии с Приказом МЗ РФ от 28.01.2021г. № 29н)	Стаж работы с вредными факторами производственной среды		Класс условий труда (если рабочее место аттестовано)	Заключение о профпригодн ости
		общий	В данной организации		
	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.5.1, 1.6, 1.7, 1.7.1, 1.7.2, 1.8, 1.8.1, 1.8.1.1, 1.8.1.2,				

Установлена группа здоровья

*I группа - практически здоров

II группа – риск развития заболевания, нуждается в проведении профилактических мероприятий.

III группа - нуждается в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях

IV группа - нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях;

V группа –имеет показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (медицинская документация направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения).

1. Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела
2. Электрокардиография в покое
3. Измерение артериального давления на периферических артериях
4. Флюорография или рентгенография легких в двух проекциях (прямая и правая боковая)
5. Определение относительного сердечно-сосудистого риска
6. Общий анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ)
7. Клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка)
8. Определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода)
9. Исследование уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода)
10. Спирометрия
11. Пульсоксиметрия
12. Биомикроскопия глаза
13. Исследование уровня ретикулоцитов, метгемоглобина в крови
14. Визометрия
15. Исследование уровня ретикулоцитов в крови
16. Рентгенография длинных трубчатых костей (фтор и его соединения) 1 раз в 2 года
17. Офтальмоскопия глазного дна
18. Исследование уровня ретикулоцитов, тромбоцитов в крови
19. Тональная пороговая аудиометрия
20. Исследование уровня дельта аминолевулиновой кислоты или копропорфирина в моче
21. УЗИ органов брюшной полости
22. Определение уровня метгемоглобина в крови
23. Ультразвуковое обследование органов малого таза
24. Исследование уровня ретикулоцитов, карбоксигемоглобина в крови

ГОД

196601, г.Пушкин, ул.Московская, д.15
 телефон 246-08-01 Эл.почта: p60@zdrav.spb.ru
 ИНН 7820013680 КПП 782001001

Поликлиническое отделение

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ работника №

« _____ » 20 ____ г.
(дата оформления)

1. Ф.И.О. _____

2. Пол: Мужской

3. Дата рождения: 24.09.2000

4. Адрес: эаштмжщыгаримшшРЫВмщжщРЫАЖЩмитыащжшм,авыа,ваы

Телефон: +7 (890) 876-54-32

5.Паспорт: серия 1636 № 163648 дата выдачи 16.11.1906

кем выдан втмзх9щфроязщмштЫВАЩЖИШТРщжы,ымптфжащризащт,впалыфтщжн

Страховой полис: № 4503749734739847

Наименование страховой медицинской организации АО "СОГАЗ-Мед"

6. Место работы

7. Адрес работы чфомэшфваомщшфрамщжшртЫщжштыщво м

Форма собственности	ГУП	ОКВЭД	34.98.52
---------------------	-----	-------	----------

8. Структурное подразделение амриЫШВАММЦЫТВАМЩТыщмштыЭЗМТ ЭЗЩы

9. Должность (профессия)(вид работы) кр фкыкр фкр

10. Стаж работы общий: 77 лет 11 меся в контакте с вредными факторами и работами

Вредные производственные факторы (согласно Пр. МЗ РФ от 28.01.2021г. № 29н):

1.1. 1.2. 1.3. 1.4. 1.5. 1.5.1. 1.6. 1.7. 1.7.1. 1.7.2. 1.8. 1.8.1. 1.8.1.1. 1.8.1.2. 1.8.2. 1.8.2.1.

11. Наблюдается ЛПУ (название, юридический адрес):

СПб ГБУЗ "Городская поликлиника № 60 Пушкинского района"

(медицинская организация, к которой прикреплен работник для постоянного наблюдения)

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		
22-001	<input type="checkbox"/> Копрограмма (общий анализ кала)	СК
22-002	<input type="checkbox"/> Энтеробиоз. Исследование на наличие Enterobius vermicularis (микроскопия)	ПС
22-003	<input type="checkbox"/> Гельминтоз. Исследование на наличие я/глистов (микроскопия)	СК
22-522	<input type="checkbox"/> Исследование кала на простейшие	СК
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		
23-001	<input type="checkbox"/> Аланинаминотрансфераза (АЛТ)	ПрК
23-002	<input type="checkbox"/> Альбумин	ПрК
23-004	<input type="checkbox"/> Альфа-амилаза	ПрК
23-006	<input type="checkbox"/> Антистрептолизин — О	ПрК
23-008	<input type="checkbox"/> Аспартатаминотрансфераза (АСТ)	ПрК
23-010	<input type="checkbox"/> Билирубин общий	ПрК
23-011	<input type="checkbox"/> Билирубин прямой	ПрК
23-535	<input type="checkbox"/> Билирубин (общий, прямой, непрямой)	ПрК
23-012	<input type="checkbox"/> Витамин В12	ПрК
23-013	<input type="checkbox"/> Гаптоглобин	ПрК
23-014	<input type="checkbox"/> Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП)	ПрК
23-015	<input type="checkbox"/> Гликозилированный гемоглобин	ПрС
23-016	<input type="checkbox"/> Глюкоза	ПрК
23-017	<input type="checkbox"/> Гомоцистеин	ПрК
23-018	<input type="checkbox"/> Железо	ПрК
23-019	<input type="checkbox"/> Инсулин	ПрК
23-020	<input type="checkbox"/> Калий	ПрК
23-022	<input type="checkbox"/> Кальций общий	ПрК
23-023	<input type="checkbox"/> Креатинин	ПрК
23-024	<input type="checkbox"/> Креатинкиназа	ПрК
23-025	<input type="checkbox"/> Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)	ПрК
23-027	<input type="checkbox"/> Липидограмма (холестерин общий, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, коэффициент атерогенности, СЖК)	ПрК
23-028	<input type="checkbox"/> Липопротеиды высокой плотности (ЛПВП)	ПрК
23-029	<input type="checkbox"/> Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), расчетный показатель	ПрК
23-030	<input type="checkbox"/> Магний	ПрК
23-033	<input type="checkbox"/> Мочевая кислота	ПрК
23-034	<input type="checkbox"/> Мочевина	ПрК
23-035	<input type="checkbox"/> Натрий	ПрК
23-036	<input type="checkbox"/> Общий белок	ПрК
23-038	<input type="checkbox"/> Белковые фракции (альбумины, глобулины: альфа 1, альфа 2, бета 1, бета 2, гамма)	ПрК
23-040	<input type="checkbox"/> Ревматоидный фактор	ПрК
23-043	<input type="checkbox"/> С-реактивный белок	ПрК
23-044	<input type="checkbox"/> Трансферрин	ПрК
23-045	<input type="checkbox"/> Триглицериды	ПрК
23-046	<input type="checkbox"/> Ферритин	ПрК
23-047	<input type="checkbox"/> Фосфор	ПрК
23-048	<input type="checkbox"/> Хлориды	ПрК
23-049	<input type="checkbox"/> Холестерин общий	ПрК
23-051	<input type="checkbox"/> Щелочная фосфатаза	ПрК
23-502	<input type="checkbox"/> Фолиевая кислота	ПрК
23-503	<input type="checkbox"/> Витамин D	ПрК
23-511	<input type="checkbox"/> Тропонин I (высокочувствительный)	ПрК

23-536	<input type="checkbox"/>	Карбоксигемоглобин	ПрК
23-537	<input type="checkbox"/>	Метгемоглобин	ПрК
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ГОРМОНОВ И ОНКОМАРКЕРОВ			
30-003	<input type="checkbox"/>	Андростендион А4	ПрК
30-004	<input type="checkbox"/>	Антимюллеровский гормон	ПрК
30-007	<input type="checkbox"/>	Лютеинизирующий гормон (ЛГ)	ПрК
30-008	<input type="checkbox"/>	Прогестерон	ПрК
30-009	<input type="checkbox"/>	Пролактин	ПрК
30-010	<input type="checkbox"/>	Секс-стероидсвязывающий глобулин (ССГ)	ПрК
30-011	<input type="checkbox"/>	Тестостерон	ПрК
30-012	<input type="checkbox"/>	Тестостерон свободный	ПрК
30-013	<input type="checkbox"/>	Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ)	ПрК
30-014	<input type="checkbox"/>	Эстрадиол (Е2)	ПрК
30-501	<input type="checkbox"/>	Макропролактин	ПрК
31-001	<input type="checkbox"/>	Хорионический гонадотропин (ХГЧ)	ПрК
32-001	<input type="checkbox"/>	Трийодтиронин общий (Т3 общий)	ПрК
32-002	<input type="checkbox"/>	Трийодтиронин свободный (Т3 свободный)	ПрК
32-003	<input type="checkbox"/>	Тироксин общий (Т4 общий)	ПрК
32-004	<input type="checkbox"/>	Тироксин свободный (Т4 свободный)	ПрК
32-005	<input type="checkbox"/>	Тиротид-стимулирующий гормон (ТТГ)	ПрК
32-006	<input type="checkbox"/>	Антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ)	ПрК
32-007	<input type="checkbox"/>	Антитела к тиреопероксидазе (АТ-ТПО)	ПрК
32-008	<input type="checkbox"/>	Тиреоглобулин	ПрК
33-001	<input type="checkbox"/>	АКТГ	ПрС
33-003	<input type="checkbox"/>	Кортизол	ПрК
33-502	<input type="checkbox"/>	Альдостерон	ПрК
35-001	<input type="checkbox"/>	Паратгормон	ПрК
36-002	<input type="checkbox"/>	Канцероэмбриональный антиген (СЕА)	ПрК
36-005	<input type="checkbox"/>	Простат-специфический антиген общий (ПСА общий)	ПрК
36-006	<input type="checkbox"/>	Простат-специфический антиген свободный (ПСА свободный)	ПрК
36-512	<input type="checkbox"/>	Комплекс ПСА: общий, связанный, свободный	ПрК
36-007	<input type="checkbox"/>	СА 15-3	ПрК
36-008	<input type="checkbox"/>	СА 19-9	ПрК
36-009	<input type="checkbox"/>	СА 125	ПрК
37-003	<input type="checkbox"/>	Кальцитонин	ПрК

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ:	
ПС	предметное стекло
ПрК	вакутейнер с красной крышкой (с активатором свёртывания крови)
ПрГ	вакутейнер с голубой крышкой (с цитратом натрия 3,2%)
ПрС	вакутейнер с сиреневой крышкой (с К2ЭДТА)
ЭП	эппендорф с транспортной средой
СК	стерильный контейнер

Итого исследований в количестве _____

Подпись врача _____

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ:	
<i>ПС</i>	предметное стекло
<i>ПрК</i>	вакутейнер с красной крышкой (с активатором свёртывания крови)
<i>Эйм</i>	тупфер со средой Эймса
<i>СК</i>	стерильный контейнер

Итого исследований в количестве _____

Подпись врача _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н (далее - Перечень), а именно:

- для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №60"**.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, о принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов; сообщил(а) правдивые сведения о наследственности.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(дата оформления)

(ПОДПИСЬ)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся цуафвввввввввввввыупеыкуокеоуыео фкарвар,
 _____,

документ: _____, серия: 1636, №: 163648, выдан 16.11.1906, кем выдан:

в т м з х 9 щ ф р о ы а з щ м ш т ы ь в а щ ж и ш т р щ ж ы , ы м п т ф ж а щ р и з а щ т , в п а л ы ф т щ ж ы т 7 8 9 а в п ы р а в п ы к п о п о л р о ы в а т ш д ф ы т в д ш

проживающий по адресу: эаштмжщыгаримшшРЫВмщжшрЫАЖЩмитыашжшм,авыа,ваы

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального Закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон №152-ФЗ) *даю свое согласие на обработку СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №60"*, (далее - ОПЕРАТОР) *моих персональных данных* (фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, номер полиса ОМС, полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о месте работы и должности, данные, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, а также иная указанная мною информация), в том числе на любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, на передачу персональных данных, в том числе с помощью медицинских/лабораторных/радиологических информационных систем и других программ для ЭВМ, другим медицинским организациям *в целях оказания мне медицинской помощи* (установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг).

Я осведомлен о том, что в соответствии со ст. 13 Федерального Закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ) Оператор имеет право передавать мои персональные данные третьим лицам без моего согласия в следующих определенных Законом № 323-ФЗ целях: 1) проведения медицинского обследования и лечения субъекта персональных данных, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю; 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний; 3) при обмене информацией с медицинскими организациями, в целях оказания медицинской помощи субъекту персональных данных; 4) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования; 5) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности; 6) в иных целях, определённых Законом № 323-ФЗ и Законом № 152-ФЗ.

Я осведомлен о том, что обработка Оператором моих персональных данных с иными целями может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я осведомлен о том, что Оператор при обработке персональных данных предпринимает все необходимые меры для обеспечения их защиты от несанкционированного доступа.

Я согласен с тем, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я осведомлен о том, что согласно п. 5 ст. 21 Закона № 152-ФЗ, настоящее согласие может быть отозвано мной только посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно содержать паспортные данные, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе и может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

Я осведомлен о том, что в соответствии с п. 4 ст. Закона № 323-ФЗ в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор прекратит их обработку только при условии отсутствия угрозы распространения инфекционного заболевания с моей стороны.

Настоящее согласие дано мной и действует до окончания законодательно установленного срока хранения медицинской документации.

дата

подпись субъекта персональных данных