

Заключение (рекомендации) врачей-специалистов

№ п/п	Врач-специалист	Подпись
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

9		
10		
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		

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).

Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения "Городская
поликлиника №60
Пушкинского района"
(СПБ ГБУЗ "ГП N 60")

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: _____

3. Дата рождения: _____

4. Адрес: _____

СНИЛС: _____

Телефон: _____

5.Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____

кем выдан _____

Страховой полис: № _____

Наименование страховой медицинской организации _____

6. Место работы _____

7. Адрес работы _____

Форма собственности _____ ОКВЭД _____

8. Структурное подразделение _____

9. Должность (профессия)(вид работы) _____

10. Стаж работы общий: _____ в контакте с вредными факторами и работами _____

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

11. Наблюдается ЛПУ (название, юридический адрес): _____

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

Место для
Штрих-кода

ЛАБОРАТОРИЯ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
Лиц. №Л041-01184-63/00365006 от 06.09.2019
199178, г. Санкт-Петербург, В.О., Большой пр., д. 49-51, литер Д
Клиентская поддержка тел. +7 (921)658-10-50

+7 (812) 37-495-37
медицинские лаборатории

www.liislab.ru
точность качество традиции

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ

Пациент:

СПБ ГБУЗ

«Городская поликлиника №60

Пушкинского района»

(указать V) ☐ ПО 67, ☐ ПО 89, ☐ ПО 66,

☐ ПО «Шушары», ☐ ЖК «Шушары», ☐ ПО «Славянка»

Врач _____

Отделение _____

Диагноз _____

Дата забора « ____ » _____ г.

Дата рождения _____

Пол:

Адрес проживания _____

Код	V	Наименование исследования	Усл. об.
ПОЛИМЕРАЗНАЯ ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ			
10-002	<input type="checkbox"/>	Candida albicans	ЭП
10-003	<input type="checkbox"/>	C.albicans/C.glabrata/C.krusei	ЭП
10-004	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis	ЭП
10-005	<input type="checkbox"/>	Gardnerella vaginalis	ЭП
10-010	<input type="checkbox"/>	Mycobacterium tuberculosis complex	ЭП/СК
10-011	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma genitalium	ЭП
10-012	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma hominis	ЭП
10-016	<input type="checkbox"/>	Neisseria gonorrhoeae	ЭП
10-021	<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii	ПрС/ЭП
10-024	<input type="checkbox"/>	U.urealyticum/U.parvum	ЭП
10-038	<input type="checkbox"/>	Вирус краснухи	ПрС
10-039	<input type="checkbox"/>	Вирус герпеса I, II типа	ПрС/ЭП
10-043	<input type="checkbox"/>	Цитомегаловирус	ПрС/ЭП
10-068	<input type="checkbox"/>	Папилломавирусы человека 6,11 типа	ЭП
10-069	<input type="checkbox"/>	Папилломавирусы человека 16,18 типа	ЭП
10-072	<input type="checkbox"/>	Папилломавирусы высокого канцерогенного риска. Скрининг: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 70 типы (качественно)	ЭП
10-073	<input type="checkbox"/>	Папилломавирусы высокого канцерогенного риска. Генотипирование: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 56, 58, 59, 66 типы	ЭП
10-074	<input type="checkbox"/>	Папилломавирусы высокого канцерогенного риска. Скрининг: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 70 типы (PCR Real -time) количественно	ЭП
10-079	<input type="checkbox"/>	Trichomonas vaginalis	ЭП
10-520	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis/ Ureaplasma spp./M. hominis/M.genitalium	ЭП
10-529	<input type="checkbox"/>	Вирус Эпштейн-Барра/ Цитомегаловирус/ Вирус герпеса VI типа	ПрС/ЭП
10-531	<input type="checkbox"/>	НК C.trachomatis/Ureaplasma/M.genitalium	ЭП
10-534	<input type="checkbox"/>	Neisseria gonorrhoeae/Chlamydia trachomatis/Mycoplasma genitalium/Trichomonas vaginalis	ЭП
10-552	<input type="checkbox"/>	Исследование микрофлоры урогенитального тракта у женщин ("Фемофлор 16")	ЭП

10-587	<input type="checkbox"/>	Исследование микрофлоры урогенитального тракта у мужчин («Андрофлор»)	ЭП
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
20-001	<input type="checkbox"/>	Клинический анализ крови с морфологической оценкой патологических результатов, без СОЭ	ПрС
20-003	<input type="checkbox"/>	Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	ПрС
20-004	<input type="checkbox"/>	Ретикулоциты (общее количество)	ПрС
20-006	<input type="checkbox"/>	Резус-фактор	ПрС
20-007	<input type="checkbox"/>	Определение титра групповых антител в сыворотке крови	ПрС
20-009	<input type="checkbox"/>	Коагулограмма (протромбин по Квику + МНО, АЧТВ, фибриноген, тромбиновое время)	ПрГ
20-009 20-014 20-015	<input type="checkbox"/>	Расширенная коагулограмма (протромбин по Квику + МНО, АЧТВ, фибриноген, тромбиновое время, антифibrин III, D-димер)	ПрГ
20-010	<input type="checkbox"/>	Протромбиновое время (с определением МНО)	ПрГ
20-012	<input type="checkbox"/>	Активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ)	ПрГ
20-013	<input type="checkbox"/>	Фибриноген	ПрГ
20-015	<input type="checkbox"/>	D-димер	ПрГ
20-016	<input type="checkbox"/>	Группа крови и резус фактор	ПрС
20-512	<input type="checkbox"/>	Тромбоциты	ПрС
ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ			
21-001	<input type="checkbox"/>	Общий анализ мочи	СК
21-002	<input type="checkbox"/>	Анализ мочи по Нечипоренко	СК
21-003	<input type="checkbox"/>	Альфа-амилаза	СК
21-004	<input type="checkbox"/>	Кальций общий	СК
21-007	<input type="checkbox"/>	Альбумин	СК
21-501	<input type="checkbox"/>	Фосфор в моче	СК
21-505	<input type="checkbox"/>	Проба Зимницкого	СК
21-506	<input type="checkbox"/>	Белок в моче (суточная потеря белка)	СК
21-508	<input type="checkbox"/>	Глюкоза в моче	СК
21-516	<input type="checkbox"/>	Исследование уровня дельта аминоревулиновой кислоты или копропорфирина в моче	СК
См. продолжение на обороте			

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 _____

Место для
Штрих-кода

ЛАБОРАТОРИЯ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
Лиц. №Л041-01184-63/00365006 от 06.09.2019
199178, г. Санкт-Петербург, В.О., Большой пр., д. 49-51, литер Д
Клиентская поддержка тел. +7 (921)658-10-50

+7 (812) 37-495-37
медицинские лаборатории

www.liislab.ru
точность качество традиции

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ

Пациент:

СПБ ГБУЗ

«Городская поликлиника №60

Пушкинского района»

(указать V) ☐ ПО 67, ☐ ПО 89, ☐ ПО 66,

☐ ПО «Шушары», ☐ ЖК «Шушары», ☐ ПО «Славянка»

Врач _____

Отделение _____

Диагноз _____

Дата забора « ____ » _____ г.

Дата рождения _____

Пол:

Адрес проживания _____

Код	V	Наименование исследования	Усл. об.
ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ			
40-503	<input type="checkbox"/>	Суммарное определение антител классов М, G (IgM и IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 и антигена р24	ПрК
41-001	<input type="checkbox"/>	Герпетическая инфекция. Антитела класса IgG к Herpes simplex 1 и 2 типов	ПрК
41-002	<input type="checkbox"/>	Герпетическая инфекция. Антитела класса IgM к Herpes simplex 1 и 2 типов	ПрК
41-007	<input type="checkbox"/>	Краснуха. Антитела класса IgG	ПрК
41-008	<input type="checkbox"/>	Краснуха. Антитела класса IgM	ПрК
41-009	<input type="checkbox"/>	Краснуха. Антитела класса IgG (авидность)	ПрК
41-010	<input type="checkbox"/>	Токсоплазмоз. Антитела класса IgG к Toxoplasma gondii (титр)	ПрК
41-013	<input type="checkbox"/>	Цитомегаловирусная инфекция. Антитела класса IgG к антигену Cytomegalovirus (титр)	ПрК
41-014	<input type="checkbox"/>	Цитомегаловирусная инфекция. Антитела класса IgM к антигену Cytomegalovirus	ПрК
42-001	<input type="checkbox"/>	Гепатит А. Антитела класса IgG	ПрК
42-002	<input type="checkbox"/>	Гепатит А. Антитела класса IgM	ПрК
42-004	<input type="checkbox"/>	Гепатит В. HBs-антиген (с подтверждающим тестом)	ПрК
42-007	<input type="checkbox"/>	Гепатит В. Антитела класса IgG к HBe-антигену	ПрК
42-010	<input type="checkbox"/>	Гепатит С. Антитела класса IgG и IgM (суммарно)	ПрК
43-001	<input type="checkbox"/>	RPR тест (антикардиолипиновый тест) (Rapid Plasma Reagin Test)	ПрК
43-003	<input type="checkbox"/>	Сифилис. Антитела к Treponema pallidum (ИФА)	ПрК
44-012	<input type="checkbox"/>	IgA общий	ПрК
44-013	<input type="checkbox"/>	IgM общий	ПрК
44-014	<input type="checkbox"/>	IgG общий	ПрК
44-502	<input type="checkbox"/>	Антитела к кардиолипину (IgA, IgG, IgM) скрининг	ПрК
47-015	<input type="checkbox"/>	Корь. Антитела класса IgG	ПрК
47-523	<input type="checkbox"/>	Аскаридоз. Суммарные антитела к антигенам аскарид	ПрК
АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
48-001	<input type="checkbox"/>	IgE общий	ПрК
48-510	<input type="checkbox"/>	Качественное определение Ig E к смеси аллергенов рыбы и морепродуктов: треска, креветка, синяя мидия, тунец, лосось (Fx2)	ПрК

48-624	<input type="checkbox"/>	Качественное определение Ig E к смеси аллергенов злаков: пшеница, овес, кукуруза, греча, кунжут (Fx3)	ПрК
48-625	<input type="checkbox"/>	Качественное определение Ig E к смеси аллергенов овощей: горох, морковь, картофель, фасоль (Fx13)	ПрК
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
50-001	<input type="checkbox"/>	Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов женщин (влагалище, цервикальный канал, уретра)	ПС
50-502	<input type="checkbox"/>	Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов мужчин (уретра)	ПС
ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
51-001	<input type="checkbox"/>	Цитологическое исследование мазков из цервикального канала, шейки матки, влагалища, вульвы с исследованием на микробиоценоз, Bethesda system (традиционный мазок, окрашивание по Грамму и по Романовскому)	ПС
51-004	<input type="checkbox"/>	Риноцитограмма	ПС
51-005	<input type="checkbox"/>	Цитологическое исследование мазков на атипические клетки	ПС
БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ*			
60-050	<input type="checkbox"/>	Бактериологическое исследование на анаэробную микрофлору, определение антибиотикочувствительности	Эйм СК
60-065	<input type="checkbox"/>	Микоплазмы: Бактериологическое исследование на микоплазменную инфекцию (U. species M. hominis), антибиотикограмма	ЭП
60-072	<input type="checkbox"/>	Бактериологическое исследование клинического материала с определением антибиотикочувствительности для этиологически значимых микроорганизмов	Эйм СК
60-073	<input type="checkbox"/>	Клинико-бактериологическое исследование на наличие возбудителей дизентерии, сальмонеллез и эшерихиозов	Эйм СК
60-529	<input type="checkbox"/>	Мокрота на ВК	СК
*Исследование на чувствительность к АБП будет проводиться в соответствии с МУК 4.2.1890—04			
СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
70-004	<input type="checkbox"/>	Антитела к возбудителю брюшного тифа (S.typhi)	ПрК

См. продолжение на обороте

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 _____

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

Я, _____, _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,

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:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрию.
5. Тонometriю.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиографию (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебную физкультуру.
15. Физиотерапию.

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"**.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

(подпись)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____,
документ: _____, серия: _____, №: _____, выдан _____, кем выдан: _____

проживающий по адресу: _____

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

Анкета пациента

при прохождении предварительного (периодического) осмотра.

ФИО пациента: _____ Рост _____ Вес _____

Дата рождения: _____ Полных лет: _____ Пол: _____

1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
1.1	гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Нет
1.2	ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Нет
1.3	цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Нет
1.4	хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Нет
1.5	туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Нет
1.6	сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
1.7	заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Нет
1.8	хроническое заболевание почек?	Да	Нет
1.9	злокачественное новообразование?	Да	Нет
	Если «Да», то какое? _____	Да	Нет
1.10	повышенный уровень холестерина?	Да	Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Нет
2	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	Нет
3	Был ли у Вас инсульт?	Да	Нет
4	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?	Да	Нет
5	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, семейный аденоматоз/диффузный полипоз толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	Нет
6	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?	Да	Нет
7	Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/ в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина	Да	Нет
8	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	Да	Нет
9	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	Да	Нет
10	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	Да	Нет
11	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	Да	Нет
12	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	Да	Нет

13	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?				Да	Нет
14	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?				Да	Нет
15	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?				Да	Нет
16	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?				Да	Нет
17	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?				Да	Нет
18	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?				Да	Нет
19	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)				Да	Нет
20	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? _____ сигарет/день					
21	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? _____ минут / день					
22	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?				Да	Нет
23	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее?				Да	Нет
24	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?				Да	Нет
25	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?					
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)	
26	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна 12 мл чистого этанола ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл вина ИЛИ 300 мл пива					
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)	
27	Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций? 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл вина ИЛИ 1,8 л пива					
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)	
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов						
28	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу				Да	Нет

Дата заполнения: _____ 202__ г.

Настоящим подтверждаю правильность заполненных данных.

(подпись пациента)

(Фамилия, имя, отчество пациента (полностью))

Дополнительная информация:

Медицинский работник, проводивший анкетирование и подготовку заключения по его результатам:
