



Медицинское заключение

(номер карты клиента)

ДАТА поступления документов

Раздел I (заполняется Заявителем)

Фамилия, имя, отчество Заявителя полностью:

Дата рождения:

Отметьте подходящий ответ	Да	Нет	Уточните ответ
1. Страдал ли кто-нибудь из ваших родственников артериальной гипертонией/гипотонией, болезнями сердца, сосудов в возрасте до 65 лет, а также сахарным диабетом или наследственными болезнями?			Укажите, кто и какой болезнью болел?
2. Есть ли у вас на данный период проблемы со здоровьем?			Какие?
2а) Понижена ли ваша работоспособность?			По какой причине и как давно?
2б) Приходилось ли вам за последние 5 лет болеть непрерывно более 4 недель?			Почему? Когда?
3. Какими заболеваниями вы болели за последние 5 лет?			Когда? Продолжительность? Результаты лечения?
4. Вопросы к обследуемым женщинам. 4а) Вы беременны?			Срок беременности?
4б) Если Вы беременны, то имеются ли осложнения беременности: отеки, многократная рвота, выявление белка в моче, высокий уровень глюкозы в крови, повышение артериального давления?			Когда? Результаты лечения?
4в) Были ли у вас гинекологические заболевания или заболевания молочных желез?			Какие? Когда? Продолжительность? Результаты лечения?
5. Были ли у вас госпитализации или операции в связи с несчастными случаями, травмами или отравлениями?			Когда? Результаты лечения?
6. Приходилось ли вам обследоваться, проходить лечение или оперироваться в больнице или другом лечебном учреждении?			Когда? В связи с чем?
6а) Принимали ли вы или вам был назначен прием лекарств непрерывно в течение более чем 4 недель?			
6б) Приходилось ли вам проходить курс рентгеновского или радиоактивного облучения?			

Отметьте подходящий ответ	Да	Нет	Уточните ответ
7. Подвергались ли вы за последние 5 лет таким обследованиям или тестам как радиоизотопное исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, ЭКГ, электроэнцефалография,			Когда? Каковы результаты исследования?
8. Приходилось ли вам сдавать анализы на СПИД, которые давали положительный или возможно положительный результат?			Когда? Какие результаты?
9. Приходилось ли вам сдавать анализы на маркеры гепатита В, С, D			Когда? Какие?
10) Занимаетесь ли вы спортом?			Каким? Как часто?
10а) Курите ли вы?			Сколько сигарет в день?
10б) Употребляете ли вы алкогольные напитки?			Сколько граммов в неделю: крепостью свыше 30°, вина?
10в) Принимаете ли вы болеутоляющие, антидепрессанты, снотворные, успокаивающие или другие медикаменты?			Количество в неделю? С какого времени?
10г) Принимаете ли вы сейчас или принимали ли вы когда-либо наркотические средства?			Когда принимали последний раз?
11. К какому врачу-специалисту вы обращались последний раз?			По какой причине? Когда?

Дата _____ Подпись Заявителя _____

Раздел II (заполняется медицинским работником)

Внимание врача, проводящего обследование: просьба обследовать пациента согласно порядку, указанному в настоящей форме.

Медицинское обследование Укажите патологию или отклонение от нормы			
Отметьте подходящий ответ	Да	Нет	Уточните ответ
12. Дата осмотра	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13. Рост/Вес	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> см / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> кг
14. Кожа. Есть ли какие-либо симптомы заболевания кожи (расчесы, изъязвления и пр.)?			Какие?
15. Органы дыхания. 15а) Имеются ли хрипы, кашель?			
15б) Имеются ли аномалии грудной клетки?			
15в) Имеются ли отклонения по результатам перкуссии и аускультации?			
15г) Есть ли какие-либо другие признаки заболевания органов дыхания?			
15д) Имеются ли отклонения по результатам рентгеновского исследования грудной клетки?			

Медицинское обследование
Укажите патологию или отклонение от нормы

Отметьте подходящий ответ	Да	Нет	Уточните ответ			
16. Органы кровообращения. 16а) Смещен ли верхушечный толчок?						
16б) Определяется ли отклонение от нормы при аускультации сердца?						
16в) Выслушиваются ли сердечные шумы?			Систолический Диастолический			
16г) Артериальное давление, пульс?			Пульс в минуту		В состоянии покоя	Через 3 минуты после легкой физической нагрузки
	АД в мм рт. ст.		Систолическое			
			Диастолическое			
16д) Имеются ли нарушения сердечного ритма?						
16е) Отсутствует ли пульсация на артериях стоп или она снижена?			На обеих стопах?			
16ж) Имеются ли симптомы сердечной недостаточности или декомпенсации кровообращения (одышка, акроцианоз, отеки)?						
16з) Имеются ли какие-либо отклонения в анализе периферической крови (СОЭ, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты)?			Укажите какие?			
16и) Имеется ли варикозное расширение вен?			Тяжелое, распространенное, с трофическими нарушениями?			
17. Органы пищеварения. 17а) имеются ли признаки заболевания языка, небных миндалин, слизистой полости рта, глотки?						
17б) Имеются ли какие-либо симптомы заболевания при осмотре, пальпации и перкуссии живота (желудок, печень, желчный пузырь, аорта, селезенка, кишечник)?						
17в) Имеются ли любые другие симптомы заболеваний органов пищеварения?						
18. Мочеполовые органы. 18а) Анализы мочи			Да	Нет	Укажите количество	
			белок			
			сахар			
			клеточный осадок			эритроциты, лейкоциты, другие клетки

Медицинское обследование Укажите патологию или отклонение от нормы

Отметьте подходящий ответ	Да	Нет	Уточните ответ
18б) Вопрос для мужчин. Имеется ли подозрение на заболевание мочеполовых органов?			
18в) Вопрос для женщин. Имеется ли подозрение на заболевание мочеполовых органов или молочных желез?			
19. Нервная система/органы чувств. 19а) Имеются ли симптомы заболевания органов чувств, особенно ухудшения зрения и слуха?			Какие?
19б) Имеются ли аномальные подошвенные, брюшные, коленные рефлексы, изменение ахиллова рефлекса, рефлекс Бабинского?			
19в) Есть ли признаки психоневрологических расстройств?			
20. Костно-мышечная система. 20а) Имеются ли признаки заболевания позвоночника?			
20б) Имеются ли признаки заболевания мышц, костей, суставов?			
21. Другие отклонения. 21а) Имеются ли увеличенные лимфатические узлы?			
21б) Изменены ли размеры или консистенция щитовидной железы?			
21в) Имеются ли симптомы заболеваний эндокринной системы: сахарный диабет, заболевания надпочечников, половых желез, гипофиза, щитовидной железы, паращитовидной железы.			
22. Заключение.			
Примечания.			

Внимание: результаты рентгеновского исследования, ЭКГ, анализы крови и мочи должны быть приложены к данной форме.

Подтверждаю, что я опросил и осмотрел пациента и ответил на все вопросы данной формы добросовестно и в соответствии с моей квалификацией.

Дата и наименование медицинского учреждения

Фамилия, подпись и печать врача, проводившего осмотр