



МЧС РОССИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ПОЖАРНО-СПАСАТЕЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ СЛУЖБЫ
МИНИСТЕРСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ДЕЛАМ
ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ И
ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ»

(ФГБОУ ВО Ивановская пожарно-спасательная
академия ГПС МЧС России)

пр. Строителей, 33, г. Иваново, 153040
Телефон дежурного: (4932) 34-37-09
Телефон отдела административной работы
и правовой деятельности: (4932) 34-38-18
Факс: (4932) 93-08-18
E-mail: edufire@mail.ru
www.edufire37.ru

НАПРАВЛЕНИЕ

на медицинское обследование
для поступления в Кадетский пожарно-спасательный корпус
ФГБОУ ВО Ивановской пожарно-спасательной академии ГПС МЧС России

(ФИО, дата рождения)

Проживающего по адресу:

К данному обследованию прилагаются следующие документы:

- 1) Копия полиса обязательного медицинского страхования (с обеих сторон), действующий на предполагаемый период обучения;
- 2) Прививочный сертификат и/или карта профилактических прививок (063/у), содержащие сведения о прививках и туберкулинодиагностике (реакциях Манту) за все года, заверены печатью медицинской организации и врача, их выдавших;
- 3) Оригинал/Копия медицинской карты ребенка для образовательных учреждений (все страницы, начиная с лицевой) или оригинал (форма 026/у-2000) (хранится в учебном заведении), заполненная в соответствии с возрастом.

I. Диспансерный учет:

С П Р А В К А

Из психоневрологического диспансера на гражданина (Ф.И.О. _____)
Указать состоит ли на учете и по поводу, какого заболевания

М.П.
лечебного учреждения « ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись, фамилия, должность лица выдавшего справку)

С П Р А В К А

Из наркологического диспансера на гражданина (Ф.И.О. _____)
Указать состоит ли на учете и по поводу, какого заболевания

М.П.
лечебного учреждения « ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись, фамилия, должность лица выдавшего справку)

III. Анализы:

Вид анализа	Результат
1) Общий (клинический) анализ крови с лейкоцитарной формулой и СОЭ ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
2) Общий (клинический) анализ мочи ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
3) Анализ крови на наличие вируса иммунодефицита человека ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
4) Анализ крови на наличие сифилиса ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
5) Анализ крови на маркеры вирусного гепатита В ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
6) Анализ крови на маркеры вирусного гепатита С ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
7) Исследование уровня глюкозы в крови натощак ¹	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
8) Анализ мочи на предмет употребления наркотических препаратов (не менее 7 групп) ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
9) Исследование кала на яйца гельминтов ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
10) Исследование кала на лямблии ¹ ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
11) Соскоб на энтеробиоз ¹ .	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения

¹ Срок сдачи анализов не ранее 30 апреля года поступления. Результаты анализа заверяется печатью медицинской организации, его выдавшей.

IV. Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ):

УЗИ	Результат
1) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости ² ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
2) Ультразвуковое исследование почек ² .	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения

² Заключение (протокол) заверено печатью медицинской организации, его выдавшей; давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования на момент подачи документов.

V. Флюорографическое обследование

Флюорографическое обследование	Заключение:
	М.П. Медицинской организации <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О.)</i> Дата обследования:

Давность обследования не превышает 12 месяцев на момент подачи документов.

VI. Электрокардиографическое обследование (далее - ЭКГ)

ЭКГ	Результат
1) ЭКГ в покое	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
2) ЭКГ с нагрузкой	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения

Заверяется печатью медицинской организации и врача, давность не превышает 3 месяцев с даты проведения исследования на момент подачи документов.

VII. Заключение врачей-специалистов:

Врач-специалист	Заключение
Эндокринолог	Диагноз: Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Хирург	Диагноз: Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Травматолог-ортопед	Диагноз: Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Офтальмолог	Диагноз: Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Отоларинголог	Диагноз: Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Невролог	Диагноз: Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:

Уролог-андролог	Диагноз:
	Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> (подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)
	Дата обследования:
Стоматолог	Диагноз:
	Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> (подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)
	Дата обследования:
Психиатр	Диагноз:
	Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> (подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)
	Дата обследования:
Кардиолог	Диагноз:
	Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> (подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)
	Дата обследования:
Педиатр (терапевт)	Диагноз:
	Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения <hr/> (подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)
	Дата обследования:

Давность обследования не превышает 3 месяцев на момент подачи документов.

VIII. Медицинская группа здоровья для занятия физической культурой

Медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой	Медицинская группа здоровья (основная, подготовительная, специальная): _____
	М.П. лечебного учреждения <hr/> (подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)
	Дата обследования:

Давность обследования не превышает 3 месяцев на момент подачи документов.