



**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»**

**(Ивановская пожарно-спасательная  
академия ГПС МЧС России)**

пр. Строителей, 33, г. Иваново, 153040  
Телефон дежурного: (4932) 26-37-09  
Телефон отдела административной работы  
и правовой деятельности: (4932) 93-08-18  
Факс: (4932) 93-08-18  
www.edufire37.ru

**НАПРАВЛЕНИЕ**

на медицинское обследование  
для поступления в Кадетский пожарно-спасательный корпус  
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
Общий (клинический) анализ крови с лейкоцитарной формулой и СОЭ <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Общий (клинический) анализ мочи <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Анализ крови на наличие вируса иммунодефицита человека <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Анализ крови на наличие сифилиса <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Анализ крови на маркеры вирусного гепатита В <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Анализ крови на маркеры вирусного гепатита С <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Исследование уровня глюкозы в крови натощак <sup>1</sup>	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Анализ мочи на предмет употребления наркотических препаратов (не менее 7 групп) <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Исследование кала на яйца гельминтов <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Исследование кала на лямблии <sup>1</sup> ;	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
Соскоб на энтеробиоз <sup>1</sup> .	Заключение: Дата исследования: М.П. лечебного учреждения

<sup>1</sup> 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 <sup>2</sup> ;	Заключение:  Дата исследования: М.П. лечебного учреждения
2) Ультразвуковое исследование почек <sup>2</sup> .	Заключение:  Дата исследования: М.П. лечебного учреждения

<sup>2</sup> 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/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Стоматолог	Диагноз:  Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения  <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Психиатр	Диагноз:  Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения  <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Кардиолог	Диагноз:  Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения  <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:
Педиатр (терапевт)	Диагноз:  Группа здоровья: _____ М.П. лечебного учреждения  <hr/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> 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/> <i>(подпись врача, Фамилия И.О., личная печать)</i> Дата обследования:

Давность обследования не превышает 3 месяцев на момент подачи документов.