



Медицинское заключение

В ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ»

Серия № ДАТА поступления документов

Медицинское обследование Укажите патологию или отклонение от нормы			
Отметьте подходящий ответ	Да	Нет	Уточните ответ
17б) Вопрос для мужчин. Имеется ли подозрение на заболевание мочеполовых органов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17в) Вопрос для женщин. Имеется ли подозрение на заболевание мочеполовых органов или молочных желез?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Нервная система/органы чувств. 18а) Имеются ли симптомы заболевания органов чувств, особенно ухудшения зрения и слуха?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Какие?
18б) Имеются ли аномальные подошвенные, брюшные, коленные рефлексы, изменение ахиллова рефлекса, рефлекс Бабинского?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18в) Есть ли признаки психоневрологических расстройств?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Костно-мышечная система. 19а) Имеются ли признаки заболевания позвоночника?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19б) Имеются ли признаки заболевания мышц, костей, суставов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Другие отклонения. 20а) Имеются ли увеличенные лимфатические узлы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20б) Изменены ли размеры или консистенция щитовидной железы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20в) Имеются ли симптомы заболеваний эндокринной системы: сахарный диабет, заболевания надпочечников, половых желез, гипофиза, щитовидной железы, парашитовидной железы.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. 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

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Укажите, кто и какой болезнью болел?
2. Есть ли у вас на данный период проблемы со здоровьем?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Какие?
2а) Понижена ли ваша работоспособность?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	По какой причине и как давно?
2б) Приходилось ли вам за последние 5 лет болеть непрерывно более 4 недель?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Почему? Когда?
3. Какими заболеваниями вы болели за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда? Продолжительность? Результаты лечения?
4. Вопросы к обследуемым женщинам. 4а) Вы беременны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Срок беременности?
4б) Если вы беременны, то имеются ли осложнения (токсикозы) беременности: водянка, нефропатия, преэклампсия, эклампсия?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Какие? Когда? Результаты лечения?
4в) Были ли у вас гинекологические заболевания или заболевания молочных желез?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Какие? Когда? Продолжительность? Результаты лечения?
5. Были ли у вас госпитализации или операции в связи с несчастными случаями, травмами или отравлениями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда? Результаты лечения?
6. Приходилось ли вам обследоваться, проходить лечение или оперироваться в больнице или другом лечебном учреждении?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда? В связи с чем?
6а) Принимали ли вы или вам был назначен прием лекарств непрерывно в течение более чем 4 недель?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6б) Приходилось ли вам проходить курс рентгеновского или радиоактивного облучения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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, эндоскопия?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда? Каковы результаты исследования?
8. Приходилось ли вам сдавать анализы на СПИД, которые давали положительный или возможно положительный результат?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда? Какие результаты?
9. Приходилось ли вам сдавать анализы на маркеры гепатита В, С, D		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда? Какие?
10а) Занимаетесь ли вы спортом?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Каким? Как часто?
10б) Курите ли вы?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сколько сигарет в день?
10в) Употребляете ли вы алкогольные напитки?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сколько граммов в неделю: крепостью свыше 30°, вина ?
10г) Принимаете ли вы болеутоляющие, антидепрессанты, снотворные, успокаивающие или другие медикаменты?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Количество в неделю? С какого времени?
10д) Принимаете ли вы сейчас или принимали ли вы когда-либо наркотические средства?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Когда принимали последний раз?
11. К какому врачу-специалисту вы обращались последний раз?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	По какой причине? Когда?

Дата _____ Подпись Заявителя _____

Раздел II (заполняется медицинским работником)

Вниманию 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Рост/Вес		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Кожа. Есть ли какие-либо симптомы заболевания кожи (расчесы, изъязвления и пр.)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Какие?
15. Органы дыхания.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15а) Имеются ли хрипы, кашель?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15б) Имеются ли аномалии грудной клетки?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15в) Имеются ли отклонения по результатам перкуссии и аускультации?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15г) Есть ли какие-либо другие признаки заболевания органов дыхания?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15д) Имеются ли отклонения по результатам рентгеновского исследования грудной клетки?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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