

## **Информация о необходимости прохождения поступающими обязательного предварительного медицинского осмотра (обследования)**

На основании Постановления Правительства РФ от 14.08.2013 № 697 «Об утверждении перечня специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности» при приеме на обучение в ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России на **программы специалитета «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «медицинская биохимия», «фармация», программу бакалавриата «сестринское дело»** установлен следующий порядок прохождения медицинского осмотра, перечень врачей специалистов, лабораторных и функциональных исследований, общих и дополнительных медицинских противопоказаний:

1. Медицинская справка по форме 086-У (**см. Приложение**) должна содержать следующие сведения:

а) данные анамнеза о перенесенных ранее заболеваниях, наличии, функциональных расстройств, хронических заболеваний, инвалидности;

б) результаты осмотра следующих врачей-специалистов:

- педиатр/терапевт;
- офтальмолог;
- отоларинголог;
- хирург;
- невролог;
- дерматовенеролог;
- стоматолог;
- гинеколог (для лиц женского пола).

2. Справки из наркологического и психоневрологического диспансеров с формулировкой «Не состоит на учете».

3. Результаты лабораторных исследований:

- флюорография (за последние 6 месяцев);
- анализ крови на ВИЧ и гепатит В.

4. Копия сертификата (форма № 156/у-93)/выписка из амбулаторной карты о профилактических прививках (вакцинация против ВГВ (вирус гепатита В) - обязательно), заверенные надлежащим образом.

Справка должна быть оформлена в соответствии с требованиями оформления, подписана врачом, заверена печатью медицинской организации.

Медицинская справка признается действительной, если она получена не ранее года до дня завершения приема документов и вступительных испытаний.

## **Перечень противопоказаний для поступления на вышеуказанные специальности и направления подготовки:**

Виды нарушений состояния здоровья:

- 1) некоторые инфекционные и паразитарные болезни (хронические гепатиты, туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция);
- 2) психические расстройства и расстройства поведения;
- 3) болезни нервной системы (церебральный паралич и другие паралитические синдромы);
- 4) языковые и речевые расстройства;
- 5) слуховые и зрительные расстройства;
- 6) аномалии опорно-двигательного аппарата.

Ректор,  
председатель приемной комиссии



В.Б. Шуматов

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма № 086 / у

\_\_\_\_\_  
наименование учреждения

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**  
**(врачебное профессионально-консультативное заключение)**  
**заполняется на абитуриентов, поступающих на программы среднего**  
**профессионального образования, программы бакалавриата и специалитета**  
от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

1. Выдана:  
\_\_\_\_\_  
(наименование и адрес учреждения, выдавшего справку)

2. Наименование учебного заведения, куда представляется справка:  
\_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество:  
\_\_\_\_\_

4. Пол **М / Ж** \_\_\_\_\_ 5. Дата рождения: \_\_\_\_\_

6. Адрес местожительства:  
\_\_\_\_\_

7. Перенесенные заболевания:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования:

педиатр/терапевт \_\_\_\_\_

офтальмолога \_\_\_\_\_

отоларинголог \_\_\_\_\_

хирург \_\_\_\_\_

невролог \_\_\_\_\_

дерматовенеролог \_\_\_\_\_

стоматолог \_\_\_\_\_

гинеколог (для лиц женского пола) \_\_\_\_\_

9. Данные рентгеновского (флюорографического) обследования:  
\_\_\_\_\_

10. Данные лабораторных исследований:

анализ крови на ВИЧ \_\_\_\_\_

анализ крови гепатит В \_\_\_\_\_

11. Предохранительные и профилактические прививки (указать дату):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Врачебное заключение о профессиональной пригодности:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись лица, заполнившего справку \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
расшифровка подписи

Подпись главного врача  
лечебно-профилактического учреждения \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
расшифровка подписи

Место печати