

## **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 ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на программы специалитета «медицинская биохимия», «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «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;
- оториноларинголог;
- 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