

**ФМШ**Специализированный  
учебно-научный  
центр НГУ630090, Новосибирск, ул. Пирогова, здание 4  
☎ 8 (383) 373-96-65@ sesc@nsu.ru  
🌐 www.sesc.nsu.ru

vk.com/club2431

Наименование медицинской организации и адрес

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № \_\_\_\_\_****(врачебное профессионально-консультативное заключение)**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

4. Место учебы: \_\_\_\_\_

5. Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

6. Профилактические **прививки** (все прививки и пробы обязательно должны быть проставлены в прививочный сертификат или в карту прививок № 63/У; при отсутствии какой-либо из прививок необходимо провести (ре)вакцинацию в соответствии с календарем прививок):

БЦЖ \_\_\_\_\_

Полиомиелит \_\_\_\_\_

АКДС \_\_\_\_\_

Корь \_\_\_\_\_

Краснуха, паротит \_\_\_\_\_

Ветряная оспа \_\_\_\_\_

Гепатит \_\_\_\_\_

Другие \_\_\_\_\_

**! При наличии медицинских противопоказаний к вакцинации необходимо предоставить медицинский отвод от врача иммунолога-аллерголога.****Туберкулинодиагностика** (проба Манту / Диаскинтест) за последний год. При отказе нужна либо справка от фтизиатра об отсутствии туберкулеза, либо отрицательный результат квантиферонового теста или T-SPOT.TB)7. Объективные данные и состояние здоровья (при наличии указать **хронические** заболевания):

Педиатр \_\_\_\_\_

Хирург \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

Оториноларинголог \_\_\_\_\_

Офтальмолог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Нарколог \_\_\_\_\_

Дерматолог \_\_\_\_\_



**ФМШ**

Специализированный  
учебно-научный  
центр НГУ

630090, Новосибирск, ул. Пирогова, здание 4  
☎ 8 (383) 373-96-65

@ sesc@nsu.ru  
www.sesc.nsu.ru

vk.com/club2431

Группа здоровья \_\_\_\_\_

Физкультурная группа \_\_\_\_\_

Флюорография с 15 лет \_\_\_\_\_

Осмотр на педикулез и чесотку: \_\_\_\_\_

**Аллергические** заболевания (пищевая, лекарственная) (при наличии - заключение от профильного специалиста с результатами лабораторных и инструментальных методов обследования; при пищевой аллергии обязательно наличие аллергопроб), аллергические реакции: \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований:

ОАК \_\_\_\_\_

ОАМ \_\_\_\_\_

ВИЧ \_\_\_\_\_

RW или RPR-тест \_\_\_\_\_

Обследование на гельминтозы (энтеробиоз, гименолепидоз) \_\_\_\_\_

8. Заключение о возможности обучения в школе повышенной учебной нагрузки и проживания в общежитии \_\_\_\_\_

Дата выдачи справки:

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Ф.И.О. врача, выдавшего медицинскую справку \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Ф.И.О. Главного врача медицинской организации \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

М. П.

Медицинская справка действительна в течение 6 месяцев со дня выдачи.