Место
для фотографии

Форма № 5

(печать воинской части
организации) Вооружённых Сил
Российской Федерации, военного
комиссариата муниципального
образования (муниципальных
образований)

КАРТА
медицинского освидетельствования гражданина,
поступающего в военную профессиональную
образовательную организацию (военную профессиональную
организацию высшего образования)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения
_____
(для военнослужащего, кроме того, указать воинское звание)

2. Место жительства _____
(для военнослужащего, кроме того,
_____
указать адрес и условное наименование воинской части (организации)

3. Перенесенные заболевания, увечья, данные диспансерного наблюдения: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Наличие аллергических состояний, препятствующих проведению профилактических прививок и лечению антибиотиками: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Результаты обязательных диагностических исследований, выполненных до начала медицинского освидетельствования:

Наименование диагностических исследований	Дата, номер (при наличии), результат исследования
Флюорография (рентгенография) легких в двух проекциях	
Рентгенография придаточных пазух носа	
Общий (клинический) анализ крови	
Тромбоциты крови	
Общий анализ мочи	
Исследование крови на антитела к вирусу иммунодефицита человека	
Исследование крови на маркеры гепатита В и С	
Серологические реакции на сифилис	
Исследование на основные группы наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов	
Электрокардиография в покое	
Электрокардиография с физическими упражнениями	

6. Отдельные показатели антропометрии, функций сердечно-сосудистой системы, органов зрения и слуха:

<table>
<tr><td colspan="4">Предварительное медицинское освидетельствование</td><td colspan="4">Окончательное медицинское освидетельствование</td></tr>
<tr><td colspan="4">1</td><td colspan="4">2</td></tr>
<tr><td colspan="8">Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела)</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="8">Динамометрия (правая/левая кисть)</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="8">Функциональная проба с физической нагрузкой</td></tr>
<tr><td colspan="2">в покое</td><td colspan="2">после нагрузки</td><td colspan="2">через 2 минуты</td><td colspan="2">в покое</td><td colspan="2">после нагрузки</td><td colspan="2">через 2 минуты</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="8">Острота зрения</td></tr>
<tr><td colspan="2">без коррекции</td><td colspan="2">с коррекцией</td><td colspan="2">без коррекции</td><td colspan="2">с коррекцией</td></tr>
<tr><td>левый глаз</td><td>правый глаз</td><td>левый глаз</td><td>правый глаз</td><td>левый глаз</td><td>правый глаз</td><td>левый глаз</td><td>правый глаз</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">Рефракция</td></tr>
<tr><td colspan="2">левый глаз</td><td colspan="2">правый глаз</td><td colspan="2">левый глаз</td><td colspan="2">правый глаз</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="8">Цветоощущения</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

1	2
Внутриглазное давление	
Шепотная речь	

7. Результаты медицинского освидетельствования:

Предварительное медицинское освидетельствование	Окончательное медицинское освидетельствование
Врач-терапевт	
Врач-хирург	
Врач-невролог	

Врач-психиатр	
Врач-офтальмолог	
Врач-отоларинголог	
Врач-стоматолог	
Врач-дерматовенеролог	

Врачи других специальностей	

8. Заключение военно-врачебной комиссии при предварительном медицинском освидетельствовании: _____
(указать

_____

наименование военно-врачебной комиссии,

_____

заключение военно-врачебной комиссии)

“___”_____ 20__ г. Протокол № _____

(указать номер)

Председатель военно-врачебной комиссии

_____

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

_____

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

8.1. Почтовый адрес военно-врачебной комиссии:

_____

_____

8.2. Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии:

8.3. Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии:

_____

_____

9. Заключение военно-врачебной комиссии при окончательном медицинском освидетельствовании: __

(указать

_____

наименование военно-врачебной комиссии,

_____

заключение военно-врачебной комиссии)

“___”_____ 20__ г. Протокол № _____

(указать номер)

Председатель военно-врачебной комиссии

_____

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

Секретарь военно-врачебной комиссии

_____

(воинское звание (при наличии), подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.