

# МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР

Возраст: \_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_

Рост: \_\_\_\_\_ Арт. давление: \_\_\_\_\_

Вес: \_\_\_\_\_ Зрение: Лев. 20/ \_\_\_\_\_

Прав. 20/ \_\_\_\_\_

## Дополнительная информация

Анализ мочи:

% жира от массы тела:

Гематокрит:

Предполаг. макс. потребление кислорода:

Аудиометрия:

**В соответствии с правилами WIAA, результаты данного мед. осмотра действительны в течение 24 месяцев**

### Норма

- 1. Голова
- 2. Глаза (зрачки), ухо, горло, нос
- 3. Зубы
- 4. Грудная клетка
- 5. Легкие
- 6. Сердце
- 7. Брюшная полость
- 8. Половые органы
- 9. Нервная система
- 10. Кожа
- 11. Физиологическая зрелость
- 12. Позвоночник, спина
- 13. Плеч. пояс, верхние конечности
- 14. Нижние конечности

### Патология

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Заключение:  Участие в полном объеме

Ограниченное участие (опишите ограничения)

\_\_\_\_\_

Участие противопоказано (перечислите причины):

\_\_\_\_\_

Рекомендации (экипировка, использование специальных бинтов, реабилитация и т. д.):

\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись мед. работника, проводящ. обследование: \_\_\_\_\_

Телефон мед. работника ( ) \_\_\_\_\_ Имя мед. работника (печатн. букв.): \_\_\_\_\_

*Согласно требованиям WIAA, на данном бланке должны присутствовать дата и подпись доктора медицины, остеопатии или натуропатии, фельдшера (Physician's Assistant) или медсестры-практика высшей квалификации (ARNP).*