

Результаты медицинского обследования

ФИО обследуемого		Регистрационный номер	
Дата обследования		Место проведения обследования	<input type="checkbox"/> В госпитале <input type="checkbox"/> Вне госпиталя

Общие комментарии к медицинскому осмотру

Исследование — ☐ Норма А ☐ Норма В (граница)
☐ Подозрение на наличие заболевания ☐ Патологии

- ◆ Господин/Госпожа , вот результаты обследований ○○○○, ○○○○ и ○○○○○○.
* Пожалуйста, изучите результаты и предписания по привычкам на основе оценки вашего образа жизни.

- ◆ Господин/Госпожа , Вам необходима медицинская помощь в связи с нижеследующим.

▷ Подозреваемое заболевание:

▷ Заболевание подтверждено:

▷ Изменение привычек

▷ Другое

Тип теста	Целевое заболевание	Исследуемый параметр	Результат (ссылочное значение)			
Метрические измерения	Ожирение/ Абдоминальное ожирение	Рост (см) / вес (кг)	/			
		ИМТ (кг/м ²)	<input type="checkbox"/> Ниже нормы (менее 18,5)	<input type="checkbox"/> Норма (18,5-24,9)	<input type="checkbox"/> Избыточный вес (25-29,9)	<input type="checkbox"/> Ожирение (30 и более)
		объем талии (см)	<input type="checkbox"/> Норма <input type="checkbox"/> Абдоминальное ожирение (Муж.:90 и более; жен.: 85 и более)			
	Патология зрения	Зрение (лев./прав.)	<input type="checkbox"/> в очках			
	Патология слуха	Слух (лев./прав.)	<input type="checkbox"/> Норма <input type="checkbox"/> Подозрение на наличие заболевания			

Осмотр (опросный лист)	Прошлые диагнозы		Медикаментозное лечение	
	Образ жизни	<div><input type="checkbox"/> Необходимо воздержаться от курения</div> <div><input type="checkbox"/> Необходимо ограничить потребление алкоголя</div> <div><input type="checkbox"/> Необходимы физические нагрузки</div> <div><input type="checkbox"/> Необходимо прорабатывать мышцы</div> <div>* Проконсультируйтесь с врачом.</div>		

	Применимость	Результат	
Депрессия	<input type="checkbox"/> Применимо <input type="checkbox"/> Неприменимо	<input type="checkbox"/> Нет симптомов депрессии (0-4 балла) <input type="checkbox"/> Симптомы легкой депрессии (5-9 баллов) <input type="checkbox"/> Подозрение на умеренную депрессию (10-19 баллов) <input type="checkbox"/> Подозрение на тяжелую депрессию (20-27 баллов)	
Интеллектуальные нарушения	<input type="checkbox"/> Применимо <input type="checkbox"/> Неприменимо	<input type="checkbox"/> Конкретных патологий нет (0-5 баллов) <input type="checkbox"/> Подозрение на нарушение когнитивной функции (6 и более баллов)	
Проверка плотности костей	<input type="checkbox"/> Применимо <input type="checkbox"/> Неприменимо		<input type="checkbox"/> Норма <input type="checkbox"/> Остеопения <input type="checkbox"/> Остеопороз
Оценка физического и функционального состояния пожилых людей	<input type="checkbox"/> Применимо <input type="checkbox"/> Неприменимо	<input type="checkbox"/> Норма <input type="checkbox"/> Ухудшение физического состояния	
Оценка функционального состояния пожилых людей (анкета)	<input type="checkbox"/> Применимо <input type="checkbox"/> Неприменимо	Падения	<input type="checkbox"/> В норме <input type="checkbox"/> Высокий риск падений
		Способность выполнять повседневные дела	<input type="checkbox"/> В норме <input type="checkbox"/> Необходима помощь в повседневных делах
		Вакцинация	<input type="checkbox"/> Требуется прививка от гриппа <input type="checkbox"/> Требуется пневмококковая вакцина <input type="checkbox"/> Прививка не требуется
		Нарушение мочеиспускания	<input type="checkbox"/> Норма <input type="checkbox"/> Подозрение на нарушение мочеиспускания

Настоящим подтверждается, что вышеуказанные сведения отражают результаты Вашего медицинского осмотра.

20 . . .

Дата обследования:

Врач: Лицензия (Квалификация) / №
(Подпись)

ФИО

(Медицинское учреждение)