

Приложение № 4

к приказу

ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России

от « 08 » 02 2023 г. № 21

ФОРМА

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СИБИРСКИЙ ОКРУЖНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»
(ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России)**

Поликлиника: г. Новосибирск, ул. Каннская, д. 13, ☎ (383) 290-34-34 (доп. 2), e-mail: somc@fmbansk.ru
Консультативно-диагностический центр: г. Новосибирск, ул. Одоевского д. 12, ☎ (383) 290-34-34 (доп. 1), e-mail: somc@fmbansk.ru
ОКПО 59238300, ОГРН 1025402453966, ИНН/КПП 5406234802/540601001
Сертификат системы менеджмента качества в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (ИСО 9001:2015)

Лицензия _____

Код формы по ОКУД 1005027

**Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к работе на судне
Medical report on the absence of medical contraindications to work on the ship
серия (serial number) _____**

1. Фамилия (Surname): _____
Имя (Name): _____
Отчество (при наличии) (Patronymic (if any)): _____
2. Дата (число, месяц, год) (Date of birth): _____
3. Пол (Gender): _____
4. Гражданство (Citizenship): _____
5. Регистрация по месту жительства (Registration at the place of residence): _____
6. Регистрация по месту пребывания (Registration at the place of stay): _____
7. Паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) (номер, серия, дата и место выдачи) (Identity document (serial number, date and place of issue): _____
8. СНИЛС (кроме иностранцев и лиц без гражданства) (Document confirming registration in the system of individual (personalized) record-keeping, containing insurance number of an individual personal account (except foreigners and stateless persons): _____
9. Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) (Policy of compulsory health insurance (if any): _____
10. Должность (профессия) осматриваемого (Work position): _____
11. Наименование работодателя (при наличии) (Name of the employer (if any): _____
12. Заключение (Conclusion): _____

Рост Height	Вес Weight	Индекс массы тела BMI		
Резус-фактор крови Blood Rh factor		Флюорография или рентгенография легких X-ray results		
Группа крови Blood group		дата date		
Врач-профпатолог Occupational physician	Врач-терапевт Primary care physician	Врач-невролог Neurologist	Врач-психиатр Psychiatrist	Врач-психиатр-нарколог Addiction psychiatrist

Врач-хирург Surgeon	Врач-дерматовенеролог STD and skin specialist	Врач-уролог/врач-акушер-гинеколог Urinologist/Obstetrician gynecologist	Врач-стоматолог Dentist	Врач-кардиолог Cardiologist
Врач-офтальмолог Ophthalmologist	Правый глаз (острота зрения в условных единицах) Right eye (visual acuity in conventional units)	Левый глаз (острота зрения в условных единицах) Left eye (visual acuity in conventional units)	Аномалии цветового зрения Anomalies of color vision	
Без очков Without glasses			Дата последнего тестирования цветового зрения (число, месяц, год) (Date of last colour vision test (date, month, year))	
В очках Wearing glasses				
Врач-оториноларинголог Otorhinolaryngologist	Правое ухо (острота слуха в децибелах) Right ear (hearing acuity in decibels)	Левое ухо (острота слуха в децибелах) Left ear (hearing acuity in decibels)		
Речь шепотом Whispering				
Обычная речь Ordinary speech				

Медицинские противопоказания к работе на судне _____ не выявлены.
(наименование должности (работы) (name of the position))
(There are no medical contraindications to work on the ship _____)

Медицинские противопоказания к работе на судне при плавании судна в районах с жарким тропическим климатом либо в условиях Арктики и Антарктики (нужное подчеркнуть) _____ отсутствуют (имеются).
There are (no) medical contraindications to work on a ship during navigation in tropical zones or in the Arctic and Antarctic (underline what you need)

Допустимая длительность рейсов (Permissible route duration) _____

Дата медицинского осмотра _____ 20__ г.
(Date of medical examination) (day, month, year)

Дата окончания срока действия заключения _____ 20__ г.
(Expiry date of report) (day, month, year)

Врач-профпатолог (Occupational physician)

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность)
(surname, name, patronymic (if any), work position)

(подпись)
(signature)

М.П. (при наличии) / (LS (if any))

"__" ____ 20__ г.
(day, month, year)