



Медицинская справка для иностранных обучающихся  
(Admission Medical Examination Report for International Students)

**PART I – Personal Particular to be completed by Student**  
**ЧАСТЬ 1 – Персональная информация (заполняется студентом)**

Full name: \_\_\_\_\_ Gender: Male / Female  
Полное имя: \_\_\_\_\_ Пол: Муж. / Жен.  
Surname / Family name \_\_\_\_\_ Имя / Фамилия \_\_\_\_\_

Nationality: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Гражданство: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dd/mm/yyyy

Passport No: \_\_\_\_\_ Date of issue: \_\_\_\_\_  
№ паспорта: \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Use Foreign Passport / Используйте загранпаспорт \_\_\_\_\_ dd/mm/yyyy

Contacts: \_\_\_\_\_  
Контакты: \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Telephone number / Тел. номер \_\_\_\_\_

In case of emergency, person to contact: \_\_\_\_\_  
В случае ЧП, связаться с: \_\_\_\_\_  
Full name / Полное имя \_\_\_\_\_ Telephone number / Тел. номер \_\_\_\_\_

Do you smoke?  No  Yes Number of sticks per day / week:  
Вы курите? Нет Да Количество сигарет (день/ неделя):

Signature of student: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Подпись студента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Full name / Signature \_\_\_\_\_ Полное имя / подпись \_\_\_\_\_ dd/mm/yyyy

**PART II – Laboratory Examination to be completed by Doctor**  
**ЧАСТЬ 2 – Лабораторные исследования (заполняется врачом)**

**Please tick [X] whichever is applicable:**  
**Пожалуйста, отметьте [X] результаты исследований:**

		Negative Отрицат.	Positive Положит.	Value Показатель		Sugar _____ Protein _____ pH _____ Глюкоза Белки Кислотн.
<b>Urinalysis</b> <b>Анализ мочи</b>	<b>Albumin:</b> Альбумин:				<b>Urine FEME</b> (if indicated)  <b>Дополнит.</b> <b>анализ мочи</b> (при отклонениях)	RBCs _____/µL WBCs _____/µL
	<b>Sugar:</b> Глюкоза:					ECs _____/µL Casts _____ Цилиндр в моче
	<b>Red Blood Cells:</b> Эритроциты:					Crystals _____ Organisms _____ Кристаллы Организмы
<b>Others</b> (if indicated)						Trichomonas _____ Трихомонада  Occult Blood _____ Скрытая кровь

Physician's Name & Stamp: Имя врача и печать:	Physician's Signature: Подпись врача:	Clinic Stamp and Address: Печать клиники и контактный адрес:
--	--	---

**PART III – Medical Examination to be completed by Doctor**  
**ЧАСТЬ 3 – Медицинский осмотр (заполняется врачом)**

Height:

Рост

\_\_\_\_\_ m / метр

Weight:

Вес:

\_\_\_\_\_ kg / кг

Blood type:

Группа крови:

\_\_\_\_\_

**Please examine the following systems and indicate any abnormalities [X]:**

**Пожалуйста, пройдите обследование следующих врачей, отмечая [X] результаты:**

	Normal Без патологий	Abnormal С патологией	Details Physician's Name, Signature and Stamp Имя врача, подпись и печать
Ophthalmologist/Офтальмолог			
Cardiologist/Кардиолог			
Surgeon/Хирург			
Neurologist/Невролог			
Allergologist/Аллерголог			
Otolaryngologist/ Отоларинголог			
Urologist (Nephrologist) Уролог (нефролог)			
Psychiatrist/Психиатр			
Therapist/Терапевт			
Gastroenterologist Гастроэнтеролог			
Gynecologist (for women) Гинеколог (для девушек)			
Physician's Name & Stamp: Имя врача и печать:	Physician's Signature: Подпись врача:		Clinic Stamp and Address: Печать клиники и контактный адрес:

**PART IV – Vaccination Certificate to be completed by Doctor**  
**ЧАСТЬ 4 – Прививочный сертификат (заполняется врачом)**

Required vaccine Требуемая прививка	Date No.1 Дата прививки №1	Date No.2 Дата прививки №2	Date No.3 Дата прививки №3
MMR (Measles – Mumps – Rubella) Корь – Свинка - Краснуха	_____ dd/mm/yyyy	_____ dd/mm/yyyy	
DTP (Diphtheria – Tetanus – Pertussis) Дифтерия – Столбняк - Коклюш	_____ dd/mm/yyyy		
Hepatitis B Гепатит В	_____ dd/mm/yyyy	_____ dd/mm/yyyy	_____ dd/mm/yyyy
Pneumococcal disease <u>Пневмококковая</u> инфек.	_____ dd/mm/yyyy		
Influenza Грипп	_____ dd/mm/yyyy		
Haemophilus influenza Гемофильная инфекция	_____ dd/mm/yyyy		
Mite encephalitis Vaccine Вакцина от энцефалитного клеща	_____ dd/mm/yyyy		

**PART V – Tuberculosis Assessment to be completed by Doctor**  
**ЧАСТЬ 5 – Флюорографический паспорт (заполняется врачом)**

***Tuberculosis Assessment must be performed within the last six months.***

***Флюорографические исследования должны быть проведены в течение последних 6 месяцев.***

- Y [ ] N [ ] Does the student have signs or symptoms of active tuberculosis disease?  
*Имеет ли студент признаки симптомов заболевания туберкулезом?*
- Y [ ] N [ ] Is the student a member of a high-risk group? Had close contact with a known case of active tuberculosis; Use of illegal injected drugs;  
*Является ли студент членом группы высокого риска? Имел близкий контакт с человеком, болеющим / болевшим туберкулезом. Использовал незаконные инъекционные препараты.*
- Y [ ] N [ ] Has the student lived or traveled in countries where Tb is endemic?  
*Жил или путешествовал ли студент в странах, где туберкулез является эндемическим?*

Physician's Name & Stamp: Имя врача и печать:	Physician's Signature: Подпись врача:	Clinic Stamp and Address: Печать клиники и контактный адрес:
--	--	---

**Documentation of tuberculin Skin Testing and Chest Radiography**

**Исследование кожи на туберкулез и проведение рентгенографии грудной клетки**

**A. Tuberculin Skin Test** (record actual mm of indurations, transverse diameter; if no indurations, write "0")

**Исследование кожи на туберкулез (манту)** (запись фактического размера папулы (поперечный диаметр) в мм; если не обнаружено отклонений отметить «0»)

Date given: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Date read: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Result:  
 \_\_\_\_\_ mm  
 Дата исследования Дата результата Результат  
 dd/mm/yyyy dd/mm/yyyy

**B. Chest X-Ray** (Please attach a chest X-Ray results)

**Проведение рентгенографии грудной клетки** (Пожалуйста, прикрепите рентген снимок)

Date of Chest X-Ray: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Result (Circle One):  Positive  Negative  
 Дата исследования Результат С патологией без патологий

**PART VI – Conclusion to be completed by Health Care Provider**  
**ЧАСТЬ 6 – Заключение о профессиональной пригодности (заполняется врачом)**

***Please conclude and indicate if student is fit for studies at University [X]:  
 Пожалуйста, заполните необходимые поля о пригодности к обучению исследуемого студента.***

FIT Годен	UNFIT Не годен	Date of Examination Дата исследования (прохождения медицинской комиссии)
Physician's Name & Stamp: Имя врача и печать:	Physician's Signature: Подпись врача:	Clinic Stamp and Address: Печать клиники и контактный адрес:

\* NOT required for females who may be pregnant.

If pregnancy is suspected, a statement or document of exemption is required until delivery