**Сведения о медицинском осмотре студента 6\_\_\_\_ группы Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«Клинический практикум по Педиатрии»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | Даты проведения (указать дату и результат) | | | | | | | | | |
| RW | ВИЧ | Гепатит В | Флюорография | Терапевт | Прививка от гриппа серия дата проведения (последняя) | Вакцинация от ковид серия дата проведения (последняя) | Вакцинация от кори серия дата проведения (прилагается копия из ф.063) | Вакцинация от краснухи серия дата проведения (прилагается копия из ф.063) | Вакцинация АДС-М серия дата проведения (прилагается копия из ф.063) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Подлинность предоставленных данных подтверждаю**

Студент Ф.И.О. (полностью написать )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_