

Довідка № 1054 від 30.07.2018р

про дезінфекційну обробку автомобіля

1. Автомобіль (модель) FAW
2. Тип вантажного відсіку (бортовий, фургон, ін..) _____
3. Вантажопід'ємність (тон) _____
4. Державний реєстраційний номер AE 0422 CX
5. Власник автомобіля (назва фірми, адреса, № телефону) _____
ПО Курпеченко
6. Водій (П.І.П.) Курпеченко Ю.О

| Дата обробки | Підпис майстра |
|--------------------|---------------------|
| <u>30.07.2018р</u> | <u>Савчук Т. М.</u> |

Печатка

Підпис

Курпеченко Ю.О

ОСОБОВА МЕДИЧНА КНИЖКА



Серія АВ № 725123



Підприємство, що видає: **ФОР Стрілець К.В.**
 Катерина Вікторівна
 Херсонська обл.,
 Новоград-Волинський р-н
 Підпис власника книжки: *[Signature]*

Підпис та особу **Кіричак Ю.О.**
[Signature]
 керівник підприємства **Стрілець К.В.**
 15 08 2017 р.

Відомості про власника медичної книжки

- Прізвище **Кармиженко**
- Ім'я, по батькові **Юрій Александрович**
- Рік народження **20.08 1972**
- Домашня адреса **м.Кіровоград вул. Едгарде Фукса, 45/31**
- Професія **Водій**
- Посада **Водій-експедитор**
- Підприємство **ФОР-Стрілець К.В.
ФОР Мерджак В.М.
ФОР Левчук Ю.М.**

Відмітки про зміну місця роботи

| Дата | Назва підприємства | Посада | Підпис |
|------|--------------------|--------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Висновок лікаря про допуск до роботи за наслідками медичного обстеження

| Дата | Висновок лікаря | Підпис, печатка |
|--|-----------------|--------------------|
| 15.08.17 | ОК здоровий | <i>[Signature]</i> |
| 26.10.17 | здоровий | <i>[Signature]</i> |
| СТОМАТОЛОГ ПРИЙМІТЬ ЗА САНПРО ЯК ДАТА 16.08.17 ПОДПИСЬ <i>[Signature]</i> | | |
| ОТДЕЛЕНИЕ ПРОФОСМОТРОВ ОСМОТР ТЕРАПЕВТА Жалоб нет. Сердце: тоны чистые, ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот безболезненный. Работать может. Дата 16.08.17 Подпись <i>[Signature]</i> | | |

Висновок лікаря про допуск до роботи
за наслідками медичного обстеження

| Дата | Висновок лікаря | Підпис, печатка |
|--|--|--------------------|
| | 17.08.18 | <i>С.О.Р.</i> |
| | Очищеного 17.08.18 Зест і Зедера | <i>С.О.Р.</i> |
| | СТОМАТОЛОГ вміст р-та санірована | <i>С.О.Р.</i> |
| | Дата Підпис | <i>С.О.Р.</i> |
| ОТДЕЛЕНИЕ ПРОФОСМОТРА ОСМОТР ТЕРАПЕВТА Жалоб нет. Сердце: тоны чистые, ритмичные. В лёгких дыхание везикулярное. Живот безболезненный. Работать может. 17.08.18 дата подпись | | |

Висновок лікаря про допуск до роботи
за наслідками медичного обстеження

| Дата | Висновок лікаря | Підпис, печатка |
|------|-----------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Висновок лікаря про допуск до роботи
за наслідками медичного обстеження

| Дата | Висновок лікаря | Підпис, печатка |
|------|-----------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Результати дослідження на туберкульоз

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|--|--------------------|
| | Амбулаторія №2 Флюорограмме от 10.08.18 за № 6510 сердце и легкие без патологии Врач | <i>С.О.Р.</i> |
| | Амбулаторія №2 Флюорограмма от 13.08.18 за № 7214 сердце и легкие без патологии Врач | <i>С.О.Р.</i> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Результати дослідження на туберкульоз

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Результати лабораторних досліджень на наявність збудників кишкових інфекцій

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|--|----------------------|-----------------|
| <p>БАКЛАБОРАТОРИЯ № 24 ОКЗ - КШВД</p> <p>Дата забори - 140877 г.</p> <p>при дослідженні кала шигеллы, сальмонеллы, ЭПКП НЕ ВЫДЕЛЕНЫ</p> <p>Дата выдачи - 140877 Подпись [подпись]</p> | | |
| <p>БАКЛАБОРАТОРИЯ ОКЗ - КШВД</p> <p>Дата забори - 140877 г.</p> <p>при дослідженні крові реакция с диагностикомом брюшного тифа ОТРИЦАТЕЛЬНА</p> <p>Дата выдачи - 140877 Подпись [подпись]</p> | | |
| <p>БАКЛАБОРАТОРИЯ № 3 ОКЗ - КШВД</p> <p>Дата забори - 150878 г.</p> <p>при дослідженні крові реакция с диагностикомом брюшного тифа ОТРИЦАТЕЛЬНА</p> <p>Дата выдачи - 170878 Подпись [подпись]</p> | | |
| <p>БАКЛАБОРАТОРИЯ ОКЗ - КШВД</p> <p>Дата забори - 170878 г.</p> <p>при дослідженні кала шигеллы, сальмонеллы, ЭПКП НЕ ВЫДЕЛЕНЫ</p> <p>Дата выдачи - 170878 Подпись [подпись]</p> | | |

Результати лабораторних досліджень на наявність збудників кишкових інфекцій

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Результати лабораторних досліджень і обстеження дерматовенеролога

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|---|----------------------|-----------------|
| <p>RW ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ от 140877 За № 148 Подпись [подпись]</p> | | |
| <p>КАБИНЕТ ПРОФОГЛЯДУ ОГЛЯД ДЕРМАТОЛОГА</p> <p>Дата 140877 Подпись [подпись]</p> | | |
| <p>4-я ГОР. БОЛЬНИЦА ОТДЕЛЕНИЕ ПРОФОСМОТРОВ РМП-отрицательная</p> <p>Дата 150878 Подпись [подпись]</p> | | |
| <p>КАБИНЕТ ПРОФОГЛЯДУ ОГЛЯД ДЕРМАТОЛОГА</p> <p>Дата 170878 Подпись [подпись]</p> | | |

Результати досліджень на гельмінтози

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|---|-----------------|
| | 1-я ГОР. БОЛЬНИЦА ОТДЕЛЕНИЕ ПРОФОСМОТРОВ Исследование на гельминтозы Анализ кала на ягг. <i>ИВ</i> / нв обн. Соскоб Дата <i>10.08.18</i> Подпись <i>[Signature]</i> | |
| | 1-я ГОР. БОЛЬНИЦА ОТДЕЛЕНИЕ ПРОФОСМОТРОВ Исследование на гельминтозы Анализ урала на ягг. <i>ИВ</i> / нв обн. Соскоб Дата <i>13.08.18</i> Подпись <i>[Signature]</i> | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

22

Результати досліджень на гельмінтози

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

23

Результати досліджень на патогенний стафілокок

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|---|-----------------|
| | БАКЛАБОРАТОРИЯ <i>110</i> ОКЗ - КШВД Дата забора <i>10.08.18</i> при исследовании отделяемого зева, носа патогенный стафилококк НЕ ВЫДЕЛЕН Дата выдачи <i>11.08.18</i> Подпись <i>[Signature]</i> | |
| | БАКЛАБОРАТОРИЯ <i>118</i> ОКЗ - КШВД Дата забора <i>13.08.18</i> при исследовании отделяемого зева, носа патогенный стафилококк НЕ ВЫДЕЛЕН Дата выдачи <i>17.08.18</i> Подпись <i>[Signature]</i> | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

24

Результати досліджень на патогенний стафілокок

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

25

Відмітки про перенесені інфекційні захворювання

| Дата | Висновок спеціаліста | Підпис, печатка |
|------|----------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Відмітки про заліки з санітарного мінімуму

| Дата | Висновок лікаря | Підпис, печатка |
|---|-----------------|-----------------|
| <p>САНИТАРНИЙ ІНСТРУКТАЖ ПРОСЛУШАЛ(А) Дата <u>10.08.17</u> Інструктор _____</p> | | |
| <p>САНИТАРНИЙ ІНСТРУКТАЖ ПРОСЛУШАЛ(А) Дата <u>05.03.18</u> Інструктор _____</p> | | |
| <p>САНИТАРНИЙ ІНСТРУКТАЖ ПРОСЛУШАЛ(А) Дата <u>13.08.18</u> Інструктор _____</p> | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Відмітки про профілактичні щеплення

| Дата | Назва щеплення (вакцинація і ревакцинація), назва серії вакцини | Підпис, печатка |
|----------|---|-----------------|
| 10.05.04 | с 7-849,5 | [Signature] |
| 26.06.04 | с 92645 | |
| 20.12.04 | с 54379,5 | |
| 24.05.74 | с 8203 9,5 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Відмітки про профілактичні щеплення

| Дата | Назва щеплення (вакцинація і ревакцинація), назва серії вакцини | Підпис, печатка |
|------|---|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |