

Додаток 5
до Інструкції про порядок
проведення диспансеризації у Службі
безпеки України

ПАСПОРТ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ

(заповнюється з дотриманням вимог Закону України “Про захист персональних даних”)

I. Загальні відомості

Прізвище, ім'я та по батькові _____

Дата народження __. __. ____

Стать _____

Місце проживання _____

Сімейний стан _____

Контактні телефони особи _____

Номер медичної карти _____

II. Сигнальні відмітки

Група крові _____, резус-фактор _____

Алергічна реакція _____

Медикаментозна алергія _____

Цукровий діабет _____

Туберкульоз _____

Інфекційні захворювання _____

Щеплення _____

III. Анамнестичні дані

Перенесені захворювання _____

Хірургічні втручання _____

Травми _____

Вживання алкоголю _____

Куріння _____

Заняття спортом _____

Шкідливі фактори виробничого середовища _____

Фактори ризику розвитку соціально значимих захворювань

№ з/п	Найменування	20__ рік	20__ рік	20__ рік	20__ рік	20__ рік
1	Захворювання батьків: серцево-судинні; цукровий діабет; онкологічні					
2	Куріння					
3	Надмірна вага					
4	Гіподинамія					
5	Стрес					
6	Підвищений артеріальний тиск					
7	Нераціональне харчування					
Підпис лікаря						

IV. Показники стану здоров'я

№ з/п	Показники	20__ рік	20__ рік	20__ рік	20__ рік	20__ рік
1	Зріст					
2	Вага					
3	Індекс маси тіла (норма – 20-25 кг/м ²)					
4	Окружність талії (до 102 см – у чоловіків, до 88 см – у жінок)					
5	Частота серцевих скорочень					
6	Артеріальний тиск (не більше 140/90 мм.рт.ст.)					
7	Холестерин (не більше 5,0 ммоль/л)					
8	Холестерин ЛПНЩ (не більше 3 ммоль/л)					
9	Холестерин ЛПВЩ (не нижче 1,0 ммоль/л)					

10	Тригліцериди (не більше 2,0 ммоль/л)					
11	Глюкоза крові натщесерце (норма – менше 5,6 ммоль/л)					
	Інші показники					
	Підпис лікаря					

V. Відомості про спеціальні дослідження

№ з/п	Дослідження	20__ рік	20__ рік	20__ рік	20__ рік	20__ рік

VI. Відомості про госпіталізацію

Дата	Діагноз	Заклад охорони здоров'я (профіль)

VII. Відомості про санаторно-курортне та реабілітаційне лікування

Дата	Діагноз	Заклад охорони здоров'я (профіль)

VIII. Результати огляду

Дата	Захворювання (в тому числі вперше виявлені)	Лікар

IX. Підсумкова оцінка стану здоров'я

за 20__ рік:

1. Стан здоров'я:

група здоров'я _____

група фізичної підготовки _____

функціональні відхилення _____

фактори ризику захворювань _____

2. Рекомендації, призначення індивідуальних планів оздоровлення:

Лікар	Рекомендації, індивідуальні плани	Відмітка про виконання

3. План щеплень на наступний 20__ рік _____