

Центр детской онкологии, гематологии и иммунологии
Министерство здравоохранения Республики Беларусь
научно-практический центр
детской онкологии, гематологии и иммунологии
223053, Минская обл., Минский р-н, д. Боровляны
(наименование учреждения) / факс (017) 287 10 10

Приложение 1
К постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92
Форма 1 здр / у - 10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

о состоянии здоровья

Дана: Козма Марияна Руслановна
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения: 21.07.2018 Пол: мужской / женский
(подчеркнуть)

Место жительства: г. Каменное

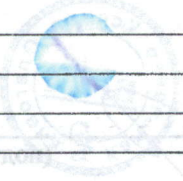
Цель выдачи справки: Резерв Шале

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения):

[Handwritten signature]

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее):

*И-г: Нуклодифермируемая
шейробактериальная инфекция
проследима в бассейне
шагреневых сосудов и
поражениях обеих ногей,
правой и левой долей плеча.
МЧЕН +. Стадия I*



Центр гематологии и онкологии
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2019 № 03
Формы 1 (из 1) - 10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА

Заключение:

Рекомендации: Пациенту поназаров
проверить лимфоциты
Смешанная лимфоцитоз - вялая.
Необходимо провести исследование
в количестве 10 флаконов
(гранулоц - 20 мл)

Дата выдачи справки 14.03.2020

Срок действия справки 12 мес

Врач



(подпись)

Кашинский К.О.

(инициалы, фамилия)

