

(фирменный бланк)

Оценка функционального состояния по электрометрическим параметрам —  
скрининг «Медискрин»

### Заключение

Дата *ДД.ММ..2015* г.

ФИО *XXX*

Возраст *65* (полных лет)

Пол м  / ж

№ карты \_\_\_\_\_

Дата рождения *ДД.ММ..1950* г.

Система /органы	Функция		
	Понижена "-"	Норма "N"	Повышена "+"
Дыхания и носоглотки		N	
Сердечно – сосудистая		N	
Желудочно - кишечный тракт			+
Мочеполовая		N	
Эндокринная		N	
Иммунная		N	
Костно – мышечная		N	

**Рекомендации** *УЗИ органов брюшной полости; УЗИ брахиоцефальных артерий;  
б/х анализ крови; общеукрепляющие процедуры ; консультация терапевта*

Контроль Медискрин через \_\_\_\_ б \_\_\_\_ месяцев

Врач *ZZZ* ( *ZZZ* )  
Подпись ФИО

**По результату УЗИ:** *Патологий не выявлено.*

**По результату УЗИ брахиоцефальных артерий:** *признаки начального атеросклероза,  
непрямолинейность хода БЦА.*

**Б/х крови:** *показала повышенный холестерин*

*Назначено лечение.*