**Л Е К А Р С К О У В Е Р Е Њ Е**

**СУДИЈА:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Обавезно уписати име и презиме судије)

**Биохемијске анализе крви и урина које треба урадити:**

ККС (комплетна крвна слика), СЕ, гликемија, холестерол, креатинин, триглицериди, билирубин, протеини, као и комплетна анализа урина (хемијски преглед и седимент урина). **Резултате доставити уз овај** **образац.**

**НАПОМЕНА:** интернистичко-кардиолошки преглед могу да врше спец.спортске медицине, спец.интерне медицине, спец.опште медицине, спец.медицине рада и спец.ургентне медицине. Офталмолошки преглед може да врши искључиво спец.офталмолог.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телесна висина (ТВ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ цм

Датум, бр.протокола и штамбиљ здравствене установе -Телесна маса (ТМ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кг

**ИНТЕРНИСТИЧКО – КАРДИОЛОШКИ НАЛАЗ**

ТА у миру: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ТА у напору: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ТА после напора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЕКГ у миру (обавезно приложити ЕКГ траку) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЕКГ после напора ( обавезно приложити ЕКГ траку ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додатни налази ( по потреби ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДИЈАГНОЗА И ЗАКЉУЧАК:

Према налазима именовани **ЈЕ СПОСОБАН - НИЈЕ СПОСОБАН** за обављање дужности судије.

 М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Факсимил и потпис лекара специјалисте