**ЖУРНАЛ**

**учета участников ГВЭ, обратившихся к медицинскому работнику во время проведения экзамена**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **(наименование и адрес образовательной организации, на базе которой расположен ППЭ)** |

|  |
| --- |
| **(Код ППЭ)** |

1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| **(«Ф.И.О. / Подпись/Дата» медицинских работников, закреплённых за ППЭ в дни проведения ГВЭ)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **НАЧАТ** |  |  |  |  | **20** |  | **г.** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОКОНЧЕН** |  |  |  |  | **20** |  | **г.** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Обращение**  | **Фамилия, имя, отчество участника ГВЭ** | **Номер аудитории** | **Причина обращения** | **Принятые меры** *(в соответствующем поле поставить «Х»)* | **Подпись участника ГВЭ** | **Подпись медицинского работника** |
| **дата** | **время** | **Оказана медицинская помощь, участник ГВЭ ОТКАЗАЛСЯ ОТ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** | **Оказана медицинская помощь, и СОСТАВЛЕН АКТ О ДОСРОЧНОМ ЗАВЕРШЕНИИ ЭКЗАМЕНА** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |