|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 17 к приказу Департамента образования и науки Ивановской области  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_-о |
| **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** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |