*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Департ, год поступ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Изменение статуса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Общежитие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Пожалуйста, заполните все строки данной формы и представьте в Медицинский офис АУЦА*

*вместе с оригиналами мед. документов, указанных в* ***Перечне медицинских документов***

**Сведения о состоянии здоровья студента.**

**I. Личные данные\***

\*Пожалуйста, указывайте только в соответствии с паспортными данными

Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фото 3х4

Дата рождения (дд/мм/гггг): \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_№:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол: Жен/Муж

Моб. телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Э-почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Академическая программа (подчеркнуть):

АНП Бакалавриат Магистратура По обмену Визитинг

Факультет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактное лицо**

Пожалуйста, укажите контактную информацию родителя/члена семьи или опекуна, с которым можно связаться в экстренных случаях:

Имя, фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Студенту приходится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон (включая код страны и города): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дополнительное контактное лицо (другой член семьи/близкий родственник):**

Имя, фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Студенту приходится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон (включая код страны и города): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Медицинская информация**

*Вся медицинская информация строго конфиденциальна.*

1. **Прививочная история \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Представьте информацию о получении прививок и иммунизации (аналогичная форме 063 в Кыргызстане). Отметьте Да/Нет/Не знаю, если получали/не получали те или иные прививки.[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Корь | Да | Нет | Не знаю |
| 2 | Паротит (свинка) | Да | Нет | Не знаю |
| 3 | Краснуха | Да | Нет | Не знаю |
| 4 | Вирусный гепатит В | Да | Нет | Не знаю |
| 5 | Коклюш | Да | Нет | Не знаю |
| 6 | Дифтерия | Да | Нет | Не знаю |
| 7 | Столбняк | Да | Нет | Не знаю |

**б. Укажите, пожалуйста, имеете ли Вы указанные проблемы со здоровьем?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Аллергия на медикаменты (укажите подробно медикаменты и реакции в графе «Заметки») | Да | Нет | Не знаю |
| 2 | Аллергия на укусы насекомых или продукты (укажите подробно причины и реакции в графе «Заметки») | Да | Нет | Не знаю |
| 3 | Поллиноз, крапивница, сезонные аллергии | Да | Нет | Не знаю |
| 4 | Астма | Да | Нет | Не знаю |
| 5 | Потеря зрения, слуха (слепота, глухота) | Да | Нет | Не знаю |
| 6 | Высокое артериальное давление | Да | Нет | Не знаю |
| 7 | Мигрени, головные боли | Да | Нет | Не знаю |
| 8 | Сотрясения головного мозга | Да | Нет | Не знаю |
| 9 | Эпилепсия | Да | Нет | Не знаю |
| 10 | Депрессия | Да | Нет | Не знаю |
| 11 | Психологические расстройства (укажите подробно в графе «Заметки») | Да | Нет | Не знаю |
| 12 | Наркологические проблемы | Да | Нет | Не знаю |
| 13 | Болезни сердца (укажите подробно в графе «Заметки» название, дату заболевания) | Да | Нет | Не знаю |
| 14 | Диабет | Да | Нет | Не знаю |
| 15 | Болезни щитовидной железы или другие эндокринные заболевания | Да | Нет | Не знаю |
| 16 | Гепатит А | Да | Нет | Не знаю |
| 17 | Гепатит В | Да | Нет | Не знаю |
| 18 | Гепатит С | Да | Нет | Не знаю |
| 19 | Проблемы пищеварения | Да | Нет | Не знаю |
| 20 | Колиты, синдро́м раздражённого кише́чника (СРК) или болезнь Крона | Да | Нет | Не знаю |
| 21 | Камни в почках или заболевания почек | Да | Нет | Не знаю |
| 22 | Дерматологические проблемы | Да | Нет | Не знаю |
| 23 | Опоясывающий лишай | Да | Нет | Не знаю |
| 24 | Переносили ли Вы хирургическое вмешательство (если да, имеются ли у Вас посторонние металлические предметы в теле?). Укажите подробно в графе «Заметки» (название, дату операции). | Да | Нет | Не знаю |
| 25 | Нарушения менструального цикла (**для девушек**!) | Да | Нет | Не знаю |
| 26 | Другие заболевания (укажите подробно в графе «Заметки» название, дату заболевания) | Да | Нет | Не знаю |

в. Заметки (если недостаточно места, используйте отдельный лист) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

г. Перечислите медикаменты, которые вы принимаете на регулярной основе (перечислите дозы и кол-во в день)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю, что вышеуказанные данные предоставлены мною верно и я несу ответственность за ложные медицинские данные.

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Число:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Пожалуйста, помните, что невакцинированные студенты несут полную ответственность в случае заражения теми или иными заболеваниями. [↑](#footnote-ref-1)