



Медицинская форма

Все участники программы WEUSA обязаны предоставить данную медицинскую карту представителям CCUSA на ориентационном собрании перед вылетом в США. Для заполнения карты требуется медицинское обследование, она должна быть заполнена и подписана врачом-терапевтом. Мед. карта не влияет на принятие решения о приёме на работу или включении в программу WEUSA. Однако, фальшивые данные или неполное заполнение формы, может повлечь исключение из программы WEUSA. **Помните, что определённые прививки обязательны.** Если у Вас возникнут вопросы, свяжитесь с директором программы в Вашей стране. Если будет недостаточно места в отведённых графах, используйте дополнительный лист и приложите его к форме.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Фамилия, Имя _____ Дата рождения _____ Пол: Муж. Жен.
Домашний адрес _____
Домашний телефон _____ кв., № дома, улица _____ Город _____ Страна _____ Индекс _____
С кем связаться в экстренном случае (степень родства) _____
Телефон для экстренного случая _____ Рабочий телефон _____
Дополнительный контакт в экстренном случае: Ф. И. _____ Телефон _____

АНАМНЕЗ – ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Отметьте те заболевания, которыми Вы переболели, и поставьте примерную дату болезни.

| Заболевание | Дата | Заболевание | Дата | Аллергия |
|--|------|--|------|--|
| <input type="checkbox"/> Частые болезни уха _____ | | <input type="checkbox"/> Мигрень _____ | | <input type="checkbox"/> Ядовитый плющ/дуб _____ |
| <input type="checkbox"/> Заболевания сердца _____ | | <input type="checkbox"/> Корь _____ | | <input type="checkbox"/> Укус насекомых _____ |
| <input type="checkbox"/> Судороги _____ | | <input type="checkbox"/> Ветряная оспа _____ | | <input type="checkbox"/> Сенная лихорадка _____ |
| <input type="checkbox"/> Диабет _____ | | <input type="checkbox"/> Краснуха _____ | | <input type="checkbox"/> Пенициллин _____ |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с крово- обращением _____ | | <input type="checkbox"/> Свинка _____ | | <input type="checkbox"/> Астма _____ |
| <input type="checkbox"/> Повышенное давление _____ | | <input type="checkbox"/> Туберкулёз _____ | | <input type="checkbox"/> Другие лекарства _____ (какие) |
| <input type="checkbox"/> Мононуклеоз _____ | | <input type="checkbox"/> Гепатит _____ | | <input type="checkbox"/> Продукты _____ (какие) |
| <input type="checkbox"/> Свищи _____ | | <input type="checkbox"/> Бронхит _____ | | |

Перечень операций или серьезных заболеваний, перенесенных Вами за последние 18 месяцев (с указанием даты): _____

Перечень хронических заболеваний, которые могут повлиять на Вашу работоспособность: _____

Находились ли Вы под врачебным наблюдением по поводу психо-эмоциональных проблем? ДА НЕТ Если да, то когда, и опишите, пожалуйста: _____

Можете ли Вы проделать следующие физические действия без труда? Толкать ДА НЕТ Тянуть ДА НЕТ Ходить ДА НЕТ Бегать ДА НЕТ Сгибаться ДА НЕТ Поднимать ДА НЕТ Какой вес (в кг) Вы способны поднять? _____

Если Вы ответили **НЕТ** на любой из вышеперечисленных вопросов, пожалуйста, поясните причину: _____

Я курю: (отметьте): Регулярно Иногда В компании Никогда

Я употребляю алкоголь: Ежедневно Еженедельно Изредка Никогда

ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА — ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Перечислите, пожалуйста, **ВСЕ** лекарства (включая лекарства без рецепта), которые Вы регулярно принимаете.

я регулярно принимаю лекарства перечисленные ниже. я НЕ принимаю лекарства на постоянной основе.

Препарат №1 _____ Дозировка _____ Время приема _____

Причина приема _____

Препарат №2 _____ Дозировка _____ Время приема _____

Причина приема _____

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ — ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ

Ответьте максимально достоверно на следующие вопросы.

1. Есть ли у Вас текущие заболевания (в т.ч. инфекционные), телесные повреждения? ДА НЕТ
2. Есть ли у Вас хронические или часто повторяющиеся заболевания? ДА НЕТ
3. Были ли Вы когда-либо госпитализированы? ДА НЕТ
4. Были ли Вы когда-либо прооперированы? ДА НЕТ
5. Случаются ли у Вас частые головные боли? ДА НЕТ
6. Были ли у Вас травмы головы? ДА НЕТ
7. Теряли ли Вы когда-либо сознание? ДА НЕТ
8. Были ли обмороки во время/после физ. нагрузок? ДА НЕТ
9. Случались ли у Вас когда-либо припадки? ДА НЕТ
10. Была ли боль в груди во время/после физ. нагрузок? ДА НЕТ
11. Бывает ли у Вас высокое артериальное давление? ДА НЕТ
12. Были ли у Вас проблемы со спиной? ДА НЕТ
13. Были ли у Вас травмы в результате автоаварий? ДА НЕТ
14. Есть ли у Вас кожные заболевания (зуд, сыпь, угри)? ДА НЕТ
15. Были ли у Вас проблемы с суставами (например с коленями, лодыжками)? ДА НЕТ
16. Страдаете ли Вы диабетом? ДА НЕТ
17. Страдаете ли Вы астмой? ДА НЕТ
18. Был ли мононуклеоз в последние 12 месяцев? ДА НЕТ
19. Есть ли у Вас проблемы с пищеварением? ДА НЕТ
20. Оказывалась ли Вам врачебная помощь и лечение по поводу психо-эмоциональных проблем? ДА НЕТ
21. Сдавали ли Вы когда-либо анализы на ВИЧ? ДА НЕТ



Поясните, пожалуйста, любой из ответов «**ДА**», указывая номер вопроса(сов) перед Вашим пояснением. **А ТАКЖЕ СВЯЖИТЕСЬ С ВАШИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ CCUSA, ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ «ДА» НА ЛЮБОЙ ИЗ ВОПРОСОВ ОСНОВНОГО БЛОКА**

Я подтверждаю, что информация, приведенная в данной форме, достоверно отражает текущее состояние моего здоровья. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что если эта информация окажется недостоверной или неполной, то я беру на себя риск того, что могу быть исключен из программы Work Experience USA без возмещения убытков. Я даю обязательство уведомить CCUSA о любых изменениях в состоянии моего здоровья, которые могут произойти до момента моего вылета в США. Я даю разрешение на оказание мне неотложной медицинской помощи, если в ней возникнет необходимость во время моего пребывания в США.

Подпись участника _____ Дата _____

КАРТА ПРИВИВОК – ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ

Впишите, пожалуйста, месяц и год вакцинации.

| Вакцина | Дата прививки | Вакцина | Дата прививки | Вакцина | Дата прививки |
|---|---------------|--------------------|---------------|------------------|---------------|
| Серия DPT* (Дифтерия, коклюш, столбняк) | _____ | Столбняк | _____ | Полиомиелит* | _____ |
| MMR* (Свинка, корь, краснуха) | _____ | Токсоид столбняка* | _____ | Натуральная оспа | _____ |
| Тиф | _____ | Гепатит Б | _____ | | |

*Обязательные прививки (если срок вакцинации истек — ДОЛЖНА быть проведена новая вакцинация)

Тест на туберкулин: (дата) _____ Если тест показал положительную реакцию на туберкулин, то участник должен пройти флюорографию и приложить ее результаты к медицинской карте. Флюорография в США проводится за счет участника программы.

МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР – ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПОЛНЕН ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ

Примечание для врача, проводящего осмотр: Осматриваемый - потенциальный участник рабочей программы в США, которая предусматривает активную физическую деятельность на протяжении длительного времени, трудности, связанные с адаптацией к иной культурной среде. Ваш осмотр должен оценить как текущее состояние здоровья осматриваемого, так и возможное воздействие на него в результате участия в программе.

Рост _____ Вес _____ Требуется ли постоянное ношение очков или контактных линз? ДА НЕТ

Используйте, пожалуйста, следующий код для записи результатов: S = Удовлетворительно X = Не удовлетворительно O = Не осматривалось

___ Зрение ___ Сердце ___ Легкие ___ Слух ___ Позвоночник ___ Конечности ___ Нос
___ Анализ мочи ___ Артериальное давление ___ Зубы ___ Кожный покров ___ Гемоглобин ___ Брюшная полость ___ Горло

Требуется ли осматриваемому постоянный прием каких-либо медицинских препаратов, которые он должен взять с собой в США? (опишите, пожалуйста): _____

По Вашему мнению, способен ли осматриваемый выполнять физическую работу, которая предусматривает подъем и перенос тяжестей весом в 10 - 20 килограмм?

ДА НЕТ Если нет, то почему? _____

Находите ли Вы причины в состоянии эмоционального или психического здоровья осматриваемого, препятствующие успешному участию в данной программе?

ДА НЕТ Если да, то поясните, пожалуйста. _____

Я обследовал вышеуказанного претендента на участие в программе WEUSA, рассмотрел ее/его анамнез. По моему мнению, он/она: (обведите) **СПОСОБЕН НЕ СПОСОБЕН** по состоянию здоровья участвовать в данной программе и имеет необходимые для этого физические данные и психо-эмоциональную стабильность.

Подпись врача-терапевта, проводившего осмотр _____ Дата _____

Фимлия, Имя врача (разборчиво) _____ Телефон _____

Адрес _____

Улица, дом и т.п. _____ Город _____ Страна _____ Индекс _____





Health History Form

All Work Experience USA participants are required to bring this health form to the pre-departure orientation and hand in to CCUSA representative. It requires a medical exam and must be completed and signed by a doctor. This health form does not affect your employer's decision to hire you or determine your acceptance to the WEUSA program. However, falsifying or failing to disclose information about your health may result in dismissal from the WEUSA program. **Remember certain immunizations are absolutely REQUIRED.** If you have any questions or concerns about completing this form, contact your Country Director. If additional space is needed, please attach a separate sheet.

PERSONAL INFORMATION

Name _____ Birth Date _____ Sex: Male Female
Last First
 Home Address _____
Number & Street City Country Postal Code
 Home Phone # _____ Mobile Phone # _____
 Emergency Contact Relationship _____
 Emergency Contact Home Phone # _____ Work Phone # _____
 Alternate contact in case of emergency: Name _____ Phone # _____

HEALTH HISTORY - APPLICANT COMPLETE THIS SECTION

Check all that apply and give approximate date.

| Diseases | Date | Diseases | Date | Allergies |
|--|-------|---|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Frequent ear infections | _____ | <input type="checkbox"/> Migraine headaches | _____ | <input type="checkbox"/> Poison Ivy/oak |
| <input type="checkbox"/> Heart defect/disease | _____ | <input type="checkbox"/> Measles | _____ | <input type="checkbox"/> Insect stings |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | _____ | <input type="checkbox"/> Chicken Pox | _____ | <input type="checkbox"/> Hay fever |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ | <input type="checkbox"/> German Measles | _____ | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Bleeding disorders | _____ | <input type="checkbox"/> Mumps | _____ | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ | <input type="checkbox"/> Other drugs |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis | _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | _____ | _____ (specify) |
| <input type="checkbox"/> Sinus trouble | _____ | <input type="checkbox"/> Bronchitis | _____ | <input type="checkbox"/> Food |
| | | | | _____ (specify) |

List surgeries or major illnesses you have had in the last 18 months (include dates): _____

List chronic health concerns which might affect your ability to work: _____

Have you ever been under a professional's care for emotional, psychological or learning difficulties? YES NO If yes, when and please describe _____

Can you do the following without difficulty? Push YES NO Pull YES NO Walk YES NO Run YES NO Bend YES NO Lift YES NO How many kilograms can you lift? _____

If you answered **No** to any of the above activities, please explain: _____

I smoke: (check one): Regularly Occasionally Socially Never

I consume alcohol: (check one): Daily Weekly Seldom Newer

MEDICATIONS BEING TAKEN — APPLICANT COMPLETE THIS SECTION

Please list **ALL** medications (including over-the-counter or nonprescription drugs) taken routinely.

I take medications as stated below. I take NO medications on a routine basis.

Med #1 _____ Dosage _____ Specific times taken each day _____

Reason for taking _____

Med #2 _____ Dosage _____ Specific times taken each day _____

Reason for taking _____

GENERAL QUESTIONS — APPLICANT COMPLETE THIS SECTION

The following questions must be answered truthfully, and to the best of your knowledge.

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1. Had any recent injury, illness or infections disease? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 12. Ever had back problems? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Have a chronic or recurring illness? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 13. Ever sustained an injury from a vehicle accident? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Ever been hospitalized? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 14. Ever had problems with joints (e.g. knees, ankles)? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 4. Ever had surgery? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 15. Have any skin problems (itching, rashes, acne)? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 5. Have frequent headaches? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 16. Have diabetes? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 6. Ever had a head injury? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 17. Have asthma? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 7. Ever been knocked unconscious? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 18. Had mononucleosis in the past 12 months? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 8. Ever passed out during or after exercise? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 19. Have a diagnosed eating disorder? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 9. Ever had seizures? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 20. Ever had emotional difficulties for which professional help or medication was sought? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 10. Ever had chest pain during or after exercise? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | 21. Have you ever been tested for HIV? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 11. Ever had high blood pressure? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | |



