

CISV International Ltd
MEA House, Ellison Place
Newcastle upon Tyne, NE1 8XS
England

Kompanijos registracijos numeris: 3672838
Labdaros registracijos numeris: 1073308

Telefonas: +[44 191] 232 4998
Faksas: +[44 191] 261 4710
El. paštas: International@cisv.org
www.cisv.org

BENDRA INSTRUKCIJA:

Ai už s laik pildantši form . Ši informacija pad s CISV planuoti j s išskirtin apr pinim ir pad s gydytojams tuo atveju kai jums reik s pagalbos kelion sar programos metu.

- Šios formos užpildymas ir tur jimas yra viena iš s lyg norint dalyvauti CISV International programose
- Prašau, užpildykite ši form angl kalba kompiuteriu arba ranka, naudodami juod rašikl didžiosiomis raid mis.
- Ši forma turi b ti užpildyta ir pasirašyta ne anks iau kaip 3 m nesiai prieš dalyvavim CISV International programoje.
- Šioje formoje užpildyta informacija yra konfidenciali. Ji bus sunaikinta statym numatyta tvarka.
- Vienintel oficiali forma yra angl klaba.
- Prašau, pasirašykite šios formos original , papildomus formos dokumentus ir vien pasirašyt kopij palikite savo CISV skyriuje.
- Daly s A, B, C ir D turi b ti užpildytos pilname io (21m.+) dalyvio arba t v /glob j jei dalyviui iki 20m. imtinai. Jei j s šalies statymai draudžia t vams/glob jams žinoti apie savo vaik (18m.+) sveikatos b kl , dalyvis turi užpildyti bei pasirašyti ši form pats bei pažym ti tai dalyje D.
- Dalis B - jei turite ypating poreiki ar alergij , prašau praneškite apie tai programos organizatoriams prieš prasidedant programai.
- sitikinkite, kad užpild te A, B, C ir D dalis prieš eidami pas gydytoj medicinin s apži ros.
- Dalis E, tai vienintel dalis, kuri turi b ti užpildyta gydytojo, atlikusio ir susipažinusio su dalyvio medicinine apži ra.

DALIS A: DALYVIO INFORMACIJA

DALYVIUI / T VAMS / GLOB JAMS: Prašau užpildykite ši form ir peržvelkite j kartu su gydytoju vizito metu.

Dalyvis:			
	Pavard	Vardas	Antras vardas
Lytis:	Vyras Moteris	Gimimo data: _____	Pilietyb :
		dd mm yyyy	
Šalis, kuri išvyksta dalyvis dalyvauti programoje:		Programos trukm (pradžios ir pabaigos data):	
		Pradžia:	Pabaiga:

Nelaim s atveju susisiekti su (vardas, pavard):	Kalba(-os) kuriomis kalba:
Kontaktinis numeris (Nam):	Kontaktinis numeris (Darbo arba/ir mobilusis):
šalies kodas - vietinis kodas - numeris	šalies kodas - vietinis kodas - numeris

DALIS B: VARTOJAMI MEDIKAMENTAI IR YPATINGI POREIKIAI

Jei turite ypating poreiki ar alergij , prašau praneškite apie tai programos organizatoriams prieš prasidedant programai.

Dalyvio vardas, pavard :

Jus siun iantis skyrius:

Dieta

Ar jums reikia specialios dietos? Taip Ne

Jei taip, parašykite pla iau:

Ar yra maisto, kurio j s negalite valgyti? Taip Ne

Jei taip, parašykite pla iau:

Alergijos

Ar j s turite alergijas:

Maistui Taip Ne Jei taip, nurodykite:

Bi i ar kit vabzdži g limai Taip Ne Jei taip, nurodykite:

Vaistams Taip Ne Jei taip, nurodykite:

Kitos Taip Ne Jei taip, nurodykite:

Ar jums reikia visada nešiotis anafilaksijos rinkin ? * Taip Ne Jei taip, prašau nurodykite turin :

Kokie vaistai jums gali b ti duoti, vykus alerginei reakcijai?

**Je i reikia, prašau nepamirškite pasiimti rinkinio su savimi.*

Vaistai

Ar vartojate kokius nors vaistus?

Tikslus vaist pavadinimas	Bendras pavadinimas	Doz , r žimas, ypatingos instrukcijos	Receptiniai vaistai?
			Taip Ne
			Taip Ne
			Taip Ne

** si tikinkite, jog turite pakankam kiek visai kelionei.*

Ypatingi poreikiai

Ar turite koki ypating poreiki ar speciali reikalavim ? | Taip Ne

Je i taip, nurodykite:

Prašome atsinešti bet koki specifin medicinos dokumentacij (pvz. patologiniai rezultatai elektrokardiogramoje ar rentgeno nuotrauka), kuri b t naudinga gydytojui kitoje šalyje, jei jums reikalingas gydymas. Tai gali pad ti išvengti nereikaling ir brangi proced r . Rekomenduojama, kad j s aptartum te tai su savo šeimos gydytoju.

DALIS C: SVEIKATOS ISTORIJA

Prireikus hospitalizacijos, dalyvio sveikatos istorija priinama:

Gdytojas/Poliklinika/Ligonis :	
Telefono numeris:	
Adresas:	

Ar dalyvis sirgo infekcinėmis ligomis? Pažymkite visus tinkamus:

Tymai (Rubeola)	Kokliušas (Pertussis)	Hepatitis (nurodykite)	Dažnas tonzilitas
Kiaulytė	Skarlatina (Scarlatina)	Encefalitas (nurodykite)	Sinusitas
Raudonukė	Reumatas	Geltonoji karštligė (drugys)	Bronchitas
V jaraupiai (Varicella)	Otitas	Maliarija	Pneumokokinė infekcija
Stafilokokinė infekcija	Streptokokinė infekcija	Kita, nurodykite:	

Prašome pateikti trumpą istoriją /paaiškinimą dėl ankstesnių pažeidimų ligų ir ar jos paliko kokias nors ilgalaikes komplikacijas:

Ar dalyvis turi kokią nors besikartojančią medicinos problemą ar lėtinę ligą? Pažymkite visus tinkamus:

Mažakraujystė	Valgyimo sutrikimas	ŽIV	Migrena / galvos skausmai
Astma	Endokrininis sutrikimas	Inkstų liga	Fiziniai ribotumai
Autizmas/Aspergerio sindr.	Diabetas	Mokymosi negalia	Skeleto, raumenų problemos
Autoimuninė liga	Skydliaukės ligos	Psichikos sutrikimai	Neurologiniai sutrikimai
Širdies ir kraujagyslių ligos	Akių ligos*	Nerimas	Traukuliai
Širdies žesiai	Virškinimo trakto liga	Depresija	Miego sutrikimai
Hipertenzija	Klausos sutrikimai	Psichikos liga	Tuberkuliozė
Dėmesio deficito hiperaktyvumo (ADHD / ADD) sutrikimas	Other, please specify:		

*Jei nešiojate akinius ar kontaktinius / šius, programą susavimi pasilikite receptą.

Prašome nurodykite, jei yra kažkas, ko programos organizatoriai turi žinoti apie bet kurią iš anksčiau minėtų ligų /sutrikimų:

Ar kas nors sirgo šiomis ligomis šeimos istorijoje? Pažymkite:

Alergijos ar astma	Epilepsija	Hipertenzija	Migrena / galvos skausmai
Diabetas	Širdies liga	Psichikos sutrikimai	Odos liga

Kita, prašau nurodykite:

Prašome nurodykite, jei yra kažkas, ko programos organizatoriai turi žinoti apie bet kurią iš anksčiau minėtų ligų /sutrikimų:

Ar per pastaruosius 5 metus dalyvis buvo ligoninis pacientas dėl koki nors priežastis? Taip Ne

Data	Diagnozė	Aprašymas

Moteriškos lyties dalyviams:

Ar dalyvis jau pradėjo sirgti mėnesinėmis?		
Jeigu taip, ar yra koki nors menstruacinis sutrikimas?		
Kokie medikamentai gali būti duodami menstruaciniam skausmui/dismenorejai?		
Ar dalyvis yra nėščias arba yra galimybė, kad gali būti nėščias?		

Skiepai:

Prašome pateikti informaciją apie gautus skiepus:

Skiepai	Taip	Ne	Skiepijimo ar naujausio skiepo data	Immunization	Yes	No	Skiepijimo ar naujausio skiepo data
DPT (difterija, kokliušas, stabligė)				MMR (tymai, kiaulytė, raudonukė)			
Poliomielitas				Hepatitas A			
Tymai				Hepatitas B			
V jaraupiai				Gripas			
Meningokokinė infekcija				Pneumokokinė infekcija			
Stabligė				Kita, prašau nurodykite			

Ar dalyvis gavo visus reikiamus skiepus keliaujant šalis, kuriose vyksta? Taip Ne

Nurodykite žemiau:

Skiepai	Taip	Ne	Data

DALIS D - SERTIFIKAVIMAS

Aš patvirtinu, kad visa šioje formoje pateikta informacija yra tiksli ir iki galo užpildyta. Taip pat, aš pranešiu CISV International apie bet kokius pasikeitimus, kurie gali vykti prieš ar mano tarptautinės programos metu.

Aš sutinku dalintis medicinine informacija su CISV International ar jos atstovais, kad jie galėtų suteikti man būtina pagalbą. Aš taip pat sutinku, kad CISV International ar jos atstovai gali perduoti informaciją kitiems asmenims, kuriems, galbūt, reiks šios informacijos, kad padėtų man / dalyviui ar kitiems programos dalyviams. Aš suprantu ir sutinku, kad ši forma gali būti perduota kitos šalies skyriui ar programos vadovui šiais tikslais.

Jeigu manote, kad šioje formoje nepasirašė šios formos, aš atstovauju ir patvirtinu, kad aš nesu nepilnametis pagal mano šalies statymus.

Pažymėkite, jei tai įsitaikė

Dalyvio / suaugusio lyderio ar organizatoriaus parašas: _____ Date: _____

Dalyvio / jaunojo lyderio ar organizatoriaus tėvo / globėjo parašas: _____ Date: _____

Dalis E: GYDYTOJO PAREIŠKIMAS D L CISV DALYVIO

GYDYTOJUI: Prašome vertinti bendr dalyvio fizin b kl ir psichin sveikat d l bendr programos dalyvavimo reikalavim kuriuos jums paaiškins dalyvis ar jo/jos t vai/glob jai. Prašome peržvelgti informacij apie dalyvio sveikat pateikt A, B ir C dalyse bei bet koki kit informacij , susijusi su dalyvio sveikatos istorija. tai gali b ti trauktas ir fizinis patikrinimas, jei yra svarstyti. Prašome aptarti su dalyviu visus medicinos patarimus ir skiepus, b tinus vykstant pasirinkt šal. **Pasirašantis gydytojas yra atsakingas tikslai už Informacij , vest šios formos E dalyje.**

Aš esu _____
Aš nesu _____ | pagrindinis dalyvio sveikatos prieži ros gydytojas.

Aš perži r jau informacij , pateikt aukš iau, ir patikrinau ar tai sutampa su informacija, pasiekama man dalyvio sveikatos istorijoje:

Taip Ne

Aš neturiu jokios kitos informacijos ar žini apie dalyvio medicinos istorij daugiau nei tai k man dalyvis parod anks iau min tuose šios formos skyriuose.

Taip Ne

Komentarai:

Dalyvis yra fiziškai ir protiška sveikas keliauti ir dalyvauti CISV International Programoje:

Taip Ne

Fizinis patikrinimas atliktas:

Taip Ne

Papildomi komentarai / atitinkamo patikrinimo rezultatai:

Ar yra koks nors akivaizdži alkoholio ir / ar narkotik vartojimo rodydym ?

Taip Ne

Ar yra koki nors akivaizdži infekcini lig arba sutrikim rodydym ?

Taip Ne

Šis dalyvis gali dalyvauti visuose veiklose su šiais *apribojimais arba rekomendacijomis*

N ra

Informacija apie ribojimus (jei yra):

SVEIKATA KELION JE

Dalyvis gavo tinkam patarim apie kelion s sveikat atsižvelgiant šal , kuri keliaja:

Taip Ne

Dalyvis gavo visus rekomenduojamus skiepus kelionei, atsižvelgiant šal , kuri keliauja:

Taip Ne

Dalyvis gavo maliarijos profilaktik kelionei šal , kuri keliauja (jei reikia):

Taip Ne

Aš patvirtinu, kad mano profesin mis žiniomis, visa vesta informacija šios formos puslapyje yra teisinga ir tiksli.

Gydytojo parašas: _____

Gydytojo vardas, pavard : _____

Data: _____

Gydytojo antspaudas ar vizitin kortel