

**CISV sveikatos forma**

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

Bendrovės registracijos numeris: 3672838  
Labdaros registracijos numeris: 1073308

Tel.: +[44 191] 232 4998  
Faks.: +[44 191] 261 4710  
El. paštas: [International@cisv.org](mailto:International@cisv.org)  
[www.cisv.org](http://www.cisv.org)

**BENDRA INSTRUKCIJA:**

Ačiū už jūsų laiką pildant šią formą. Ši informacija padės CISV planuoti jūsų išskirtinį aprūpinimą ir padės gydytojams tuo atveju, kai jums reikės pagalbos kelionės ar programos metu. Ši forma bus pateikta programos organizatoriams, vadovams ir priimančiosioms šeimoms.

- Šios formos užpildymas ir turėjimas yra viena iš sąlygų norint dalyvauti „CISV International“ programose
- Prašau užpildyti šią formą didžiosiomis raidėmis anglų kalba kompiuteriu arba ranka, naudodami juodos arba mėlynos spalvos rašiklį.
- Ši forma turi būti užpildyta ir pasirašyta ne anksčiau kaip 3 mėnesiai prieš dalyvavimą „CISV International“ programoje. Privalote informuoti CISV apie bet kokius susijusios informacijos pakeitimus, kurių gali atsirasti iki programos pradžios.
- Šioje formoje užpildyta informacija yra konfidenciali ir turi būti saugiai laikoma.
- Vienintelė oficiali forma yra anglų kalba.
- Prašau pasilikti sau pasirašytą šios formos originalą ir papildomus formos dokumentus bei vieną programos kopiją, taip pat palikti vieną kopiją savo CISV skyriuje.
- Pasibaigus programai, originalas ir visos kopijos turi būti grąžintos dalyviams – suaugusiajam arba vaikui, keliaujančiam vienam. Įgaliojimų perdavimo atveju originalas ir visos kopijos turi būti grąžintos vadovui, kuris jas grąžina vienam iš vaiko tėvų/globėjų, kai šie atvyksta.
- A, B, C, D ir E dalys turi būti užpildytos pilnamečio (18 metų amžiaus ir vyresnio) dalyvio arba vieno iš vaiko tėvų/globėjų (jeigu jis yra 17 metų amžiaus arba jaunesnis). Taip pat prašoma, kad 16 ir 17 metų dalyviai peržiūrėtų šią formą ir pasirašytų ją E dalyje.
- **B dalis – jei turite ypatingų poreikių ar alergijų, prašau pranešti apie tai programos organizatoriams prieš prasidedant programai.**
- Nepamirškite turėti su savimi užpildytas A, B, C, D ir E dalis, vykdami pas gydytoją medicininei apžiūrai.
- F dalis – tai vienintelė dalis, kurią turi užpildyti gydytojas, atlikęs tinkamą dalyvio medicininę apžiūrą.

**A DALIS: INFORMACIJA APIE DALYVĮ**

DALYVIUI / TĖVAMS / GLOBĖJAMS: Prašau užpildyti šią formą ir peržiūrėti ją kartu su savo gydytoju konsultacijos metu.

**Dalyvio vardas, pavardė:**

	<i>Pavardė</i>		<i>Vardas</i>		<i>Antras vardas</i>
Lytis:	Vyras	Gimimo data:			Pilietybė:
	Moteris	(metai)	(mėnuo)	(diena)	

Šalis, į kurią išvyksta dalyvis dalyvauti CISV programoje (priimančioji šalis):

Programos trukmė (pradžios ir pabaigos data):

Pradžios data: Pabaigos data:

**Nelaimės atveju susisiekti su (vardas, pavardė):**

Kalba(-os), kuriomis kalba dalyvis:

Kontaktinis numeris (namų):

Kontaktinis numeris (darbo ir (ar) mobilus):

*šalies kodas*    *vietinis kodas*    *numeris*

*šalies kodas*    *vietinis kodas*    *numeris*

## B DALIS: VARTOJAMI VAISTAI IR YPATINGIEJI POREIKIAI

**Jei turite ypatingų poreikių arba alergijų, nusiųskite šį puslapį (arba nusiųskite informaciją atskirai) programos organizatoriams prieš prasidedant programai.**

Dalyvio vardas, pavardė:

Siunčiantis skyrius:

### Dieta

Ar jums reikalinga speciali dieta?

Taip

Ne

Jei taip, pateikite daugiau informacijos:

Ar yra maisto, kurio negalite arba neturėtumėte valgyti?

Taip

Ne

Jei taip, pateikite daugiau informacijos:

### Alergijos

#### Ar turite alergijas:

Maistui

Taip

Ne

Jeigu taip, nurodykite:

Bičių ar kitų vamzdžių įgėlimams?

Taip

Ne

Jeigu taip, nurodykite:

Vaistams

Taip

Ne

Jeigu taip, nurodykite:

Kita

Taip

Ne

Jeigu taip, nurodykite:

Ar jums reikia visada nešiotis anafilaksijos rinkinį\*?

Taip

Ne

Jeigu taip, prašau nurodyti jo turinį:

Kokie vaistai jums gali būti skirti, įvykus alerginei reakcijai?

\*Jeigu reikia, nepamirškite pasiimti rinkinio su savimi.

**Vaistai** – tai bet kokios žmogaus vartojamos medžiagos, siekiant palaikyti ir (ar) pagerinti sveikatą, įskaitant vitaminus ir homeopatinius vaistus.

**Ar vartojate kokius nors vaistus?\***

Tikslus vaistų pavadinimas	Bendras pavadinimas	Priežastis, dėl kurios jie vartojami	Dozė, režimas, ypatingos instrukcijos	Jeigu receptinis, ar receptas atnaujinamas?
				Taip Ne
				Taip Ne
				Taip Ne

\* - Įsitikinkite, kad turite pakankamą kiekį visai kelionei.

*Prašau turėti su savimi bet kokią specifinę medicininę dokumentaciją (pvz., patologinius rezultatus elektrogramoje ar rentgeno nuotraukas), kuri būtų naudinga gydytojui priimančiojoje šalyje, jeigu jums būtų reikalingas gydymas. Tai gali padėti išvengti nereikalingų ir brangių procedūrų. Rekomenduojama, kad jūs tai aptartumėte su savo šeimos gydytoju.*

## C DALIS: SVEIKATOS ISTORIJA

Dalyvio vardas, pavardė:

Siunčiantis skyrius:

**Prireikus hospitalizacijos CSIV, dalyvio sveikatos istoriją galima gauti iš:**

Gydytojas/poliklinika/ligoninė:

Tel.:

Adresas:

**Ar dalyvis yra sirgęs infekcinėmis ligomis? Pažymėkite x visus tinkančius variantus:**

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

**Prašau pateikti trumpą istoriją/paaiškinimą dėl pirmiau pažymėtų ligų ir nurodyti, ar jos paliko kokių nors ilgalaikių komplikacijų.**

**Ar dalyvis turi kokių nors pasikartojančių sveikatos sutrikimų ar lėtinių ligų? Pažymėkite x visus tinkančius variantus:**

Mažakraujystė/kraujo liga	Širdies liga	ŽIV	Migrena / galvos skausmai
Astma	Endokrininis susirgimas	Inkstų liga	Judėjimo ribotumai
Epilepsija problemos	Diabetas	Tuberkuliozė	Skeleto ir raumenų
Autoimuninė liga	Skyd liaukės liga	Klausos sutrikimas	Neurologiniai sutrikimai
Širdies ir kraujagyslių liga	Akių ligą*	Hipertenzija	Traukuliai
Širdies užėsiai	Virškinimo trakto liga	Miego sutrikimas	
	Kita, nurodykite:		

**\*Jeigu nešiojate akinius arba kontaktinius lęšius, turėkite su savimi recepto kopiją.**

Prašau nurodyti, jeigu yra kažkas, ką programos organizatoriai turėtų žinoti apie bet kurią iš pirmiau nurodytų ligų/sutrikimų:

Dalyvio vardas, pavardė:

Siunčiantis skyrius:

**Ar šeimoje yra (buvo) sergančių (sirusių) šiomis ligomis? Prašau pažymėti x:**

Alergijos arba astma	Epilepsija	Hipertenzija	Migrena, galvos skausmai
Diabetas	Širdies liga	Psichikos sutrikimai	Odos ligos

Kita, nurodykite:

Prašau nurodyti, jeigu yra kažkas, ką programos organizatoriai turėtų žinoti apie bet kurią iš pirmiau nurodytų ligų/sutrikimų:

**Ar per pastaruosius 5 metus dalyvis buvo ligoninės pacientas dėl kokių nors kitų priežasčių? Taip Ne**

<i>Data</i>	<i>Diagnozė</i>	<i>Aprašymas</i>
-------------	-----------------	------------------

**Moteriškos lyties dalyviams:**

Ar dalyvė jau pradėjo sirgti menstruacijomis? Taip Ne

Jei taip, ar yra kokių nors menstruacinių sutrikimų? Taip Ne

Ar dalyvė yra nėščia, arba yra galimybė, kad ji gali būti nėščia? Taip Ne

**Skiepai:**

Prašau pateikti informaciją apie gautus skiepus:

<i>Skiepai</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>	<i>Skiepijimo ar naujausio skiepo data</i>	<i>Skiepai</i>	<i>Taip</i>	<i>Ne</i>	<i>Skiepijimo ar naujausio skiepo data</i>
DPT (difterija, kokliušas, stabligė)				MMR (tymai, kiaulytė, raudonukė)			
Poliomelitas				Hepatitis A			
Tymai				Hepatitis B			
Vėjaraupiai				Gripas			
Meningokokinė infekcija				Pneumokokinė infekcija			
Stabligė				Kita, nurodykite:			

**Ar dalyvis gavo visus skiepus, reikalingus keliaujant į priimančiąją šalį? Taip Ne**

*Nurodykite:*

Skiepai	Taip	Ne	Data
---------	------	----	------

## D DALIS: PSICHINĖ, EMOCINĖ IR SOCIALINĖ SVEIKATA

Dalyvio vardas, pavardė:

Siunčiantis skyrius:

Ar dalyviui buvo diagnozuotas mokymosi sutrikimas (pvz., ADHD (dėmesio deficito ir hiperaktyvumo sindromas), sensorinės informacijos apdorojimo sutrikimas)? Taip Ne

Ar pacientui buvo nustatyta psichiatrinė diagnozė, pvz., depresija, obsesinis kompulsinis sutrikimas, panikos/nerimo sutrikimas ir t.t.)? Taip Ne

Ar pacientas turi emocinį/psichikos sveikatos sutrikimą (neatsižvelgiant į tai, ar jis buvo profesionaliai diagnozuotas) (Nurodykite \_\_\_\_\_) Taip Ne

Ar per pastaruosius metus pacientas kreipėsi į specialistą (pvz., gydytoją, psichologą, psichiatrą) dėl psichikos, emocinės ar socialinės sveikatos sutrikimų? Taip Ne Jei taip, į kurį iš jų:

Jeigu į bet kurį iš pirmiau pateiktų keturių klausimų atsakėte teigiamai, pridėkite dokumentus, kuriuose:

- būtų aprašytas nurodytas sutrikimas ir jo valdymo planas (įskaitant vaistus) dalyvavimo mūsų programoje metu;
- būtų aprašytas elgesys, kuris mūsų darbuotojams leistų suprasti, kad pacientą reikia nukreipti pas specialistą;
- būtų pateiktos rekomendacijos, kaip padėti dalyviui, ir išvardyti ypatingieji poreikiai.

Ar pacientas patyrė traumuojančią įvykį, kuris turi įtakos tolesniam paciento gyvenimui? Taip Ne

Jeigu „taip“, pridėkite rašytinę informaciją apie įvykį, jo poveikį dalyvio gyvenimui ir patarimus dėl tinkamos priežiūros, skirtus programos organizatoriams.

**Ko pamiršome paklausti?** Pateikite papildomą informaciją apie paciento sveikatą arba ypatinguosius poreikius, apie kurie galėjo būti nepaminėti šioje formoje. Mus ypač domina informacija, turinti įtakos dalyvio gebėjimui visapusiškai dalyvauti programoje. Jeigu reikalinga, pridėkite papildomą informaciją.

## E DALIS: SERTIFIKAVIMAS

Patvirtinu, kad visi šioje formoje pateikti atsakymai teisingi, tikslūs ir išsamūs, ir kad aš informuosiu „CISV International“ apie bet kokius susijusius pasikeitimus, kurie gali įvykti iki mano dalyvavimo tarptautinėje programoje arba jos metu. Į šią formą įtraukiau, informavau mano CISV skyrių, delegacijos vadovą ir programos organizatorius apie ypatinguosius poreikius arba man reikalingą pagalbą, susijusią su mano (dalyvio) fizine ir psichikos sveikata. Esu informuotas, kad tuo atveju, jeigu nepateiksiu išsamios informacijos, dėl to gali kilti sunkumų ir problemų kitiems asmenims, ir tai gali turėti įtakos mano kaip dalyvio gerovei. Suprantu, kad man nepateikus išsamios informacijos, CISV gali nuspręsti išsiųsti mane namo iš programos mano (dalyvio) sąskaita. Sutinku pateikti savo medicininę informaciją „CISV International“ ar jos atstovams, kad jie galėtų suteikti man būtiną pagalbą. Taip pat sutinku, jog „CISV International“ ar jos atstovai perduotų informaciją kitiems asmenims, kuriems ši informacija gali būti reikalinga, kad galėtų padėti man (dalyviui) arba kitiems programos dalyviams. Suprantu ir sutinku, kad ši forma gali būti perduota šiais tikslais kitos šalies skyriui arba Programos vadovui.

Dalyvio / jaunesnysis vadovo (16 metų amžiaus ir vyresnio) / suaugusiojo vadovo ar organizatoriaus parašas:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Dalyvio tėvų / globėjų / nepilnamečio jaunesnysis vadovo parašas:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## DALIS F: GYDYTOJO PAREIŠKIMAS DĖL CISV DALYVIO

**GYDYTOJUI:** Dalyvis dalyvaus „CISV International“ programoje. Prašau įvertinti dalyvio bendrą fizinę būklę ir psichikos sveikatą pagal bendruosius dalyvavimo programoje reikalavimus, kuriuos jums paaiškins dalyvis arba jo (jos) tėvai (globėjai). Prašau peržiūrėti informaciją apie dalyvio sveikatą, pateiktą A, B ir C dalyse, ir bet kokią kitą informaciją, susijusią su dalyvio sveikatos istorija. Tai gali apimti ir fizinį patikrinimą. Aptarkite su dalyviu visus medicininius patarimus ir skiepus, būtinus vykstant į priimančiąją šalį. **Pasirašantis gydytojas yra atsakingas tik už informaciją, įvestą šios formos E dalyje.**

Aš esu  Dalyvio vardas, pavardė:  
Dalyvio pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis gydytojas.  
Aš nesu  Siunčianti šalis:

**Aš peržiūrėjau pirmiau pateiktą informaciją ir patikrinau, ar ji sutampa su mano turima informacija apie dalyvio sveikatos istoriją:**

<input type="checkbox"/>	Taip	<input type="checkbox"/>	Ne
--------------------------	------	--------------------------	----

**Aš neturiu jokios kitos informacijos arba žinių apie dalyvio sveikatos istoriją, išskyrus tai, ką dalyvis man parodė pirmiau pateiktuose tos formos skyriuose:**

<input type="checkbox"/>	Taip	<input type="checkbox"/>	Ne
--------------------------	------	--------------------------	----

*Pastabos:*

**Dalyvis yra fiziškai ir protiškaite sveikas keliauti ir dalyvauti „CISV International“ programoje:**

<input type="checkbox"/>	Taip	<input type="checkbox"/>	Ne	
Fizinis patikrinimas atliktas:	<input type="checkbox"/>	Taip	<input type="checkbox"/>	Ne

Papildomos pastabos / atitinkamo fizinio patikrinimo išvados:

Ar yra kokių nors akivaizdžių alkoholio ir (ar) narkotikų vartojimo įrodymų?  Taip  Ne

Ar yra kokių nors akivaizdžių infekcinių ligų arba sutrikimų įrodymų?  Taip  Ne

**Šis dalyvis gali dalyvauti visose veiklose su šiais apribojimais ar rekomendacijomis:**  Nėra

Informacija apie dalyvavimo apribojimus (jeigu tokių yra):

### SVEIKATA KELIONĖJE

Dalyviui pateikti tinkami patarimai apie sveikatą kelionės į priimančiąją šalį metu:  Taip  Ne

Dalyviui atlikti visi rekomenduojami skiepai kelionei į priimančiąją šalį:  Taip  Ne

Dalyviui skirta profilaktika nuo maliarijos kelionei į priimančiąją šalį (jeigu reikalinga):  Taip  Ne

Patvirtinu, kad, remiantis mano profesinėmis žiniomis, visa šios formos puslapyje pateikta informacija yra teisinga ir tiksli.

Apžiūrą atlikusio gydytojo parašas:  Gydytojo antspaudas ar vizitinė kortelė [Neprivaloma]

Vardas, pavardė:

Kontaktiniai duomenys:

Data: