**Медична форма для учасників Української антарктичної експедиції**

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище: |  |
| Ім’я: |  |
| По-батькові: |  |
| Стать (чоловіча або жіноча) |  |
| Вік (вказати кількість повних років) |  |
| Дата народження: дд.мм.рррр |  |
| Зріст (см) / вага (кг) |  |
| Сімейний стан |  |
| Фах на станції (наприклад: дизеліст, біолог, механік тощо) |  |

Обведіть колом або підкреслить «ТАК» чи «НІ» якщо заповнюєте форму в паперовому вигляді, якщо в електронному – видалить зайве, лишивши в кожній стрічці тільки потрібне – «ТАК» або «НІ».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи вживаєте на даний момент будь-які лікарські засоби, якщо вживаєте, деталізуйте: | ТАК  | НІ |
|  |

|  |
| --- |
| Група крові та резус фактор (дуже важливо правильно вказати вашу групу крові і резус фактор) |
|  Обведіть, підкресліть або виділіть жирним шрифтом вашу групу крові та резус фактор | 0 (І)перша | А(ІІ)друга | В(ІІІ)третя | АВ(IV)четверта | Rh +плюс | Rh –Мінус |
|  |
| Чи були ви донором крові? | ТАК | НІ |
| Чи переливали вам компоненти крові? | ТАК | НІ |
| Чи палите ви цигарки або люльку: | ТАК  | НІ |
| Скільки років/кількість цигарок або люльок (підкреслити потрібне) в середньому на добу: \_\_\_\_/\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи вживаєте алкоголь: | ТАК  | НІ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи вживаєте наркотичні речовини: | ТАК  | НІ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Чи маєте обмеження по харчуванню, потребуєте особливої дієти: | ТАК  | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

**Історія хвороб (анамнез)**

Прочитайте уважно запитання, відповісти потрібно на кожне. Підкресліть чи обведіть відповідь «ТАК» або «НІ»в паперовій формі,в електронній формі – видалить зайве лишивши в кожній стрічці тільки потрібне – «ТАК» або «НІ». Можливості надання медичної допомоги та евакуації на антарктичній станції обмежені, тому надання повної інформації про стан здоров’я може попередити виникнення суттєвих проблем в майбутньому і допоможе надавати медичну допомогу ефективніше.

Маєте зараз чи мали раніше один з нижчеперерахованих станів?

1. **Серцево-судинна система**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Підвищений артеріальний тиск | ТАК | НІ |
| 2. | Серцевий напад/інфаркт | ТАК | НІ |
| 3. | Біль в грудній клітці, стенокардія | ТАК | НІ |
| 4. | Відчуття серцебиття, нерегулярний ритм серця | ТАК | НІ |
| 5. | Ревматизм, захворювання клапанів серця | ТАК | НІ |
| 6. | Операції на серці, ангіографія, коронарне стентування | ТАК | НІ |
| 7. | Анемія або захворювання крові | ТАК | НІ |
| 8. | Тромби в нижніх кінцівках(тромбоз), легенях (тромбоемболія) | ТАК | НІ |
| 9. | Варикозно розширені вени | ТАК | НІ |
| 10. | Набряки гомілок (без травми) | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Який діагноз було встановлено?*

*Коли це трапилось?*

*Яке лікування проводилось?*

*Чи ви зараз приймаєте ліки з цього приводу?*

*Чи ви повністю одужали на даний момент?*

1. **Дихальна система**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Астма | ТАК | НІ |
| 2. | Тривалий кашель | ТАК | НІ |
| 3. | Задишка | ТАК | НІ |
| 4. | Пневмоторакс (колапс легені) | ТАК | НІ |
| 5. | Емфізема | ТАК | НІ |
| 6. | Запалення легень (пневмонія), плеврит | ТАК | НІ |
| 7. | Туберкульоз | ТАК | НІ |
| 8.  | Інше легеневе захворювання | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли **так** на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Стосовно астми:*

*Коли було вперше діагностовано?*

*Як часто бувають напади?*

*Чи користуєтесь інгаляторами, як часто?*

*Чи була потреба в ін’єкційних чи таблетованих кортикостероїдах?*

*Чи лікувались в лікарні з приводу астми?*

*З чим пов’язана астма: алергія, холод, фізичне навантаження, інше?*

*Коли останній раз був напад?*

1. **Травна система**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Гострий чи хронічний розлад травлення, гастрит? | ТАК | НІ |
| 2. | Кила стравохідного отвору діафрагми, рефлюкс? | ТАК | НІ |
| 3. | Виразка шлунку, дванадцятипалої кишки | ТАК | НІ |
| 4. | Жовчекам’яна хвороба (камені в жовчному міхурі) | ТАК | НІ |
| 5. | Хвороби печінки, гепатити | ТАК | НІ |
| 6. | Жовтяниця | ТАК | НІ |
| 7. | Апендицит або апендектомія | ТАК | НІ |
| 8. | Захворювання кишківника, операція на кишківнику | ТАК | НІ |
| 9. | Тривала персистуюча діарея | ТАК | НІ |
| 10. | Тривалий або частий біль в животі | ТАК | НІ |
| 11. | Геморой | ТАК | НІ |
| 12. | Перианальний абсцес, тріщина, нориця | ТАК | НІ |
| 13. | Кишкова чи анальна кровотеча | ТАК | НІ |
| 14 | Блювання кров’ю | ТАК | НІ |
| 15. | Значна безпричинна втрата ваги | ТАК | НІ |
| 16. | Хвороби підшлункової залози, панкреатит | ТАК | НІ |
| 17. | Чи турбує регулярна печія | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*При шлунково-кишковій кровотечі:*

*Коли це відбувалось? Це була значна кровотеча (блювання кавовою гущею, чорний стілець)?*

*Чи були повторні випадки? Чи був розрив виразки (перфорація)?*

*Чи проводили вам раніше гастроскопію?*

*Чи проводили хірургічну операцію?*

*Чи проводилось переливання крові?*

*Чи проводилось лікування, направлене на усунення бактерій, які викликають розвиток виразок?*

*Чи ви повністю одужали?*

1. **Сечостатева система**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Утруднене сечовипускання | ТАК | НІ |
| 2. | Інфекція сечового міхура (цистит) | ТАК | НІ |
| 3. | Інфекції нирок | ТАК | НІ |
| 4. | Камені в нирках (ниркова коліка) | ТАК | НІ |
| 5. | Інше захворювання нирок | ТАК | НІ |
| 6. | Хвороби,що передаються статевим шляхом | ТАК | НІ |
|  | **Лише чоловіки:** | ТАК | НІ |
| 7. | Перекрут яєчка | ТАК | НІ |
| 8. | Простатит | ТАК | НІ |
| 9. | Епідідіміт (запалення яєчка) | ТАК | НІ |
| 10. | Виразки на пенісі | ТАК | НІ |
| 11. | Аденома | ТАК | НІ |
|  | **Лише жінки:** | ТАК | НІ |
| 12. | Важка або тривала молочниця (кандидоз) | ТАК | НІ |
| 13. | Цервікальний мазок без відхилень від норми | ТАК | НІ |
| 14. | Значний періодичний біль | ТАК | НІ |
| 15. | Значна менструальна кровотеча | ТАК | НІ |
| 16. | Ендометріоз | ТАК | НІ |
| 17. | Фіброма/міома матки | ТАК | НІ |
| 18. | Запалення додатків | ТАК | НІ |
| 19. | Позаматкова вагітність | ТАК | НІ |
| 20. | Інше гінекологічне захворювання | ТАК | НІ |
| 21. | Вагітність (на момент заповнення форми) | ТАК | НІ |

 Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Щодо захворювань нирок:*

*Який діагноз вам поставили?*

*Коли це відбулось?*

*Скільки разів ця проблема виникала?*

*Чи проводились з цього приводу операції?*

*Коли останній раз перевіряли функцію нирок за допомогою лабораторних тестів?*

*Чи виявляли у вас ниркову недостатність?*

*Чи була потреба у проведенні діалізу?*

*Чи казали вам, що у вас підвищений ризик утворення каменів?*

*Чи приймаєте зараз якісь ліки?*

**Скелетно-м’язова система**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Чи були переломи кісток? | ТАК | НІ |
| 2. | Вивихи або підвивихи? | ТАК | НІ |
| 3. | Травми зв’язок? | ТАК | НІ |
| 4. | Травми шиї або спини? | ТАК | НІ |
| 5. | Болі в попереку? | ТАК | НІ |
| 6. | Подагра? | ТАК | НІ |
| 7. | Артрити, ревматизм? | ТАК | НІ |
| 8. | Анкілозуючий спондиліт? | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Які кістки чи суглоби були задіяні?*

*Коли це трапилось?*

*Яке лікування проводилось?*

*Які залишкові симптоми присутні?*

*Чи це впливає на функцію кінцівки?*

*Чи були повторно травми тієї ж ділянки?*

*Якщо ви відповіли так на* ***запитання №4****, деталізуйте нижче:*

*Коли це трапилось?*

*Яка частина спини була задіяна?*

*Які симптоми?*

*Чи були будь-які проблеми з кишківником чи сечовим міхуром, пов’язані з вашою травмою?*

*Чи проводили вам МРТ чи КТ?*

*Чи проводилась хірургічна операція?*

*Чи ви повністю одужали, якщо ні, то що турбує?*

1. **Нервова система**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Епілепсія | ТАК | НІ |
| 2. | Тривалі або часті головні болі | ТАК | НІ |
| 3. | Мігрень | ТАК | НІ |
| 4. | Втрата свідомості | ТАК | НІ |
| 5. | Часта немотивована сонливість | ТАК | НІ |
| 6. | Інше неврологічне захворювання | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Стосовно судом:*

*Коли це вперше відбулось?*

*Який діагноз було встановлено, який тип судом?*

*Чи спостерігаються повторні напади судом? Якщо так, то як часто, тип і тривалість?*

*Чи приймаєте ліки з цього приводу?*

*Коли був останній напад?*

1. **Психічне здоров’я**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Депресія | ТАК | НІ |
| 2. | Різкі чи немотивовані зміни настрою | ТАК | НІ |
| 3. | Залежність від алкоголю/фармакологічних препаратів | ТАК | НІ |
| 4. | Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) | ТАК | НІ |
| 5. | Тривога, панічні атаки, фобії | ТАК | НІ |
| 6. | Розлади особистості | ТАК | НІ |
| 7. | Інше психічне захворювання | ТАК | НІ |
| 8. | Чи звертались за психологічною/психіатричною допомогою | ТАК | НІ |
| 9. | Чи заподіювали собі шкоду | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Робота та проживання на станції протягом року в умовах ізоляції можуть бути дуже стресовими. Потрібно розуміти ваш психологічний профіль. Відповіді на ці питання залишаться конфіденційними та будуть доступні лише відповідальним за медичне забезпечення особам.*

*Коли трапилась проблема?*

*Який діагноз було встановлено?*

*Проблеми виникли раптово без причини чи у відповідь на якусь ситуацію?*

*Як довго це тривало?*

*Скільки разів це повторювалось?*

*Чи вважаєте, що ви повністю одужали?*

*Чи консультувались з цього приводу зі своїм сімейним лікарем?*

*Чи консультувались з психіатром?*

*Чи приймали ліки з цього приводу? Які?*

*Чи приймаєте ці ліки зараз?*

*Чи проявлялися у вас симптоми протягом двох минулих років?*

*Чи раніше проживали у дуже ізольованих умовах?*

*Чи проживали в маленьких групах, окрім своєї сім’ї?*

1. **ЛОР**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Розрив (перфорація) барабанної перетинки | ТАК | НІ |
| 2. | Тривалі виділення з вуха | ТАК | НІ |
| 3. | Хронічний (персистуючий) синусит (гайморит, фронтит…) | ТАК | НІ |
| 4. | Глухота | ТАК | НІ |
| 5. | Дзвін у вухах, голово кружіння | ТАК | НІ |
| 6. | Частий тонзиліт, біль в горлі | ТАК | НІ |
| 7. | Часті або тривалі носові кровотечі | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

1. **Пухлини**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Рак або злоякісна пухлина | ТАК | НІ |
| 2. | Лейкоз (рак крові) | ТАК | НІ |
| 3. | Лімфома або хвороба Ходжкіна | ТАК | НІ |
| 4. | Рак шкіри | ТАК | НІ |
| 5. | Доброякісна пухлина | ТАК | НІ |
| 6. | Будь-які утворення в молочних залозах | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Локалізація пухлини?*

*Який тип пухлини?*

*Коли виявили захворювання?*

*Яке лікування ви отримували?*

*Коли лікувались останній раз?*

*Чи були повторні випадки хвороби?*

*Чи знаходитесь на диспансерному обліку, як часто проходите обстеження?*

1. **Очі**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Глаукома | ТАК | НІ |
| 2. | Катаракта | ТАК | НІ |
| 3. | Будь-яке інше захворювання очей | ТАК | НІ |
| 4. | Травма ока | ТАК | НІ |
| 5. | Поганий зір | ТАК | НІ |
| 6. | Чи потрібні вам постійно окуляри | ТАК | НІ |
| 7. | Чи носите контактні лінзи | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

1. **Алергічні та імунні розлади**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Алергічна реакція на пил, пилок рослин | ТАК | НІ |
| 2. | Екзема | ТАК | НІ |
| 3. | Харчова алергія | ТАК | НІ |
| 4. | Медикаментозна алергія | ТАК | НІ |
| 5. | Алергія на укуси тварин | ТАК | НІ |
| 6. | Анафілактичний шок | ТАК | НІ |
| 7. | Спленектомія (видалення селезінки) | ТАК | НІ |
| 8. | ВІЛ/СНІД | ТАК | НІ |
| 9. | Ліки, які пригнічують імунітет (імуносупресори) | ТАК | НІ |
| 10. | Трансплантація органу | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

1. **Шкірні хвороби**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Дерматит | ТАК | НІ |
| 2.  | Псоріаз | ТАК | НІ |
| 3. | Холодова алергія | ТАК | НІ |
| 4. | Обмороження | ТАК | НІ |
| 5. | Поширені опіки | ТАК | НІ |
| 6. | Хвороба Рейно | ТАК | НІ |
| 7. | Схильність до відчуття холоду в руках та ногах (швидко мерзнуть руки) | ТАК | НІ |
| 8. | Інші проблеми зі шкірою | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

1. **Метаболізм та ендокринна система**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Діабет | ТАК | НІ |
| 2. | Базедова хвороба (гіпертиреоз) чи інші проблеми з щитовидною залозою | ТАК | НІ |
| 3. | Хвороба Аддісона | ТАК | НІ |
| 4. | Хвороба Кушінга | ТАК | НІ |
| 5. | Інші захворювання ендокринної системи | ТАК | НІ |
| 6. | Високий рівень холестерину та ліпідів сироватки | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

*Діабет: у вас діабет типу І чи ІІ?*

*Потребує введення інсуліну?*

*Які препарати приймаєте?*

*Які рівні цукру крові в режимі компенсації? Якій рівень глікозильованого гемоглобіну?*

*Чи є у вас порушення зору, чутливості, особливо у нижніх кінцівках?*

1. **Тропічні хвороби**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Малярія | ТАК | НІ |
| 2. | Інші тропічні хвороби | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так на будь-яке з питань, будь ласка, деталізуйте нижче:

|  |
| --- |
|  |

1. **COVID-19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Чи хворіли ви на **COVID-19** | ТАК | НІ |
| 2. | Чи маєте ви щеплення від **COVID-19** | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так, будь ласка, деталізуйте нижче коли хворіли та чи в важкій формі;

що до щеплення - коли, скільки разів та якою вакциною:

|  |
| --- |
|  |

1. **Бойові поранення**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Чи були у вас бойові поранення, контузії | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так, будь ласка, деталізуйте нижче що саме, коли, наслідки:

|  |
| --- |
|  |

1. **Інвалідність**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Чи маєте ви встановлену групу інвалідності  | ТАК | НІ |

Якщо ви відповіли так, будь ласка, деталізуйте нижче – яка група, коли встановлена, по якому захворюванню:

|  |
| --- |
|  |

1. **Інше**

Якщо ви бажаєте щось додати додатково що до свого стану здоров’я, повідомте нижче:

|  |
| --- |
|  |