**Medical Health Check-Up List / Лист о состоянии здоровья**

**REQUIREMENTS FOR MEDICAL STUDENTS AT NORTH-WESTERN STATE MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER I.I. MECHNIKOV /**

***ТРЕБОВАНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ СТУДЕНТАМ, ПРИЕЗЖАЮЩИМ В СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.И. МЕЧНИКОВА***

This form is to be completed by a physician. All titre tests and immunization records **must** be attached. Photo copies are acceptable. Please take original copes of all documents to St. Petersburg. / *Данная форма заполняется врачом. Все титр-тесты и записи иммунизации* ***должны*** *быть приложены. Копии являются приемлемыми. Пожалуйста, возьмите оригиналы всех документов в Санкт-Петербург.*

First Name/*Имя*……………………………Family Name/*Фамилия*…………………………………………………….

Date and Place of Birth/*Дата и место рождения*……………………………………………………………………

Permanent Home Address/*Адрес проживания* ………..…………………………………..……………………….

E-mail address/*электронная почта* ………………………....................................................................

The patient mentioned above is at present free from infectious diseases and is in good physical and mental condition. There are no medical objections to a stay as a medical student abroad. /

*Упомянутый выше пациент в настоящее время не имеет инфекционных заболеваний и находится в хорошем физическом и психическом состояниях. Не имеется никаких медицинских возражений против пребывания в качестве студента-медика за границей.* **YES *(да)* / NO *(нет)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Please circle the appropriate answer below/** ***Пожалуйста, выберите подходящий ответ*** | **Examination date/**  ***Дата обследования\**** | **Result/**  ***Результат*** |
| **AIDS\*: tested / non-tested**  (HIV infection can only be detected after 3 months)  Please attach the result in English/Russian!  / ***AIDS*** *\*: протестировано / не протестировано*  *(ВИЧ-инфекция может быть обнаружена только через 3 месяца)*  *Пожалуйста, приложите результат на английском / русском!* |  | negative / positive  *Негативный/позитивный* |
| **Hepatitis-B\***:Please attach the copy of your vaccination card!  */ Гепатит В: Пожалуйста, приложите копию карты вакцинации* |  | negative / positive  *Негативный/позитивный* |
| **Hepatitis-C\***: **tested / non-tested**  / *Гепатит В: протестировано / не протестировано* |  | negative / positive  *Негативный/позитивный* |
| **Chest X-ray**: Please attach the chest’s X-ray result (not the film!) in English/Russian! (not older than 3 months)  */ Рентген грудной клетки: Пожалуйста, приложите результаты рентгенографии грудной клетки (не фильм!) На английском / русском! (не позднее 3 месяцев)* |  | negative / positive  *Негативный/позитивный* |

\*Please note: tests have to be taken within a year! / *Обратите внимание: тесты должны быть сданы в течение года!*

**Remarks */ Примечания:***

Any chronic diseases the patient is being treated for / *Наличие хронических заболеваний*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Special needs/*Профилактика, необходимость приема лекарственных препаратов:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vaccine/**  ***Вакцинация*** | **Requirements/**  ***Требования*** | **Results/**  ***Результат*** | |
| Hepatitis B/ *Гепатит В* | Students must have a complete vaccination. The  Anti-HBs-titre must be higher than 10 IU/l. /  *Обучающиеся должны пройти полную вакцинацию.*  *Анти-HBs-титр должен быть выше, чем 10 МЕ / л.* | Dates of vaccinations/*Дата вакцинации*:  1st/*1ая*: ………………..  2nd/*2ая*: ………………  3rd/*3тья*: …………….....  Proof of immunity/Date of Anti-HBs / *Подтверждение иммунитета/Дата Anti-HBs*:……………………………………………  Anti-HBs titre (IU/l) / *анти-HBs а/т (МЕ/л)* : ……………………… | |
| Measles, Mumps,  Rubella (MMR)/  *Корь, Паротит, Краснуха (КПК)* | Documentation of 2 MMR- **Vaccines or positive**  **blood test**/ *Документация 2 КПК - вакцина или положительный*  *анализ крови* | Dates of MMR- vaccinations / *Дата вакцинации КПК:* | |
| 1st/*1ая*: …..………………  Date of Rubella titre/ *Дата титра краснухи*: …………….  Date of Measles titre/ *Дата титра кори*: …………….  Date of Mumps titre/ *Дата титра паротита*: ……………. | 2nd/*2ая*: …..………………  Reactive/*положительный*: …….  Non-reactive/*отрицательный*: ………  Reactive/*положительный*: …….  Non-reactive/*отрицательный:* ………  Reactive/*положительный*: …….  Non-reactive/*отрицательный*: ……… |
| Varicella/Ветряная оспа | Students must show serological evidence of immunity to Varicella or must be vaccinated. A history of the illness is not sufficient./ *Студенты должны показать серологические доказательства иммунитета против ветряной оспы или должны быть привиты. Истории болезни не достаточно.* | Date of V-zoster titre/ *Дата титра*: ………… | Reactive:……. Non-reactive: ……… |
| **OR**  Date of 1st vaccination/*Дата 1ой вакцинации*: ………...  Date of 2nd vaccination/ *Дата 2ой вакцинации*: ………… | |
| Tetanus, Diphtheria,  Pertussis,  Poliomyelitis/  *Столбняк, Дифтерия,*  *Коклюш,*  *Полиомиелит* | Vaccination is required / *требуется прививка* | Date of last vaccination after age 18 /  *Дата последней вакцинации после 18 лет*: ………….. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Height /Рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm/см** | **Weight / Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg/кг** |
| **General body development /**  **Общее развитие организма**  *No abnormal findings* **or /**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) | **Nourishment / Получение организмом питательных веществ**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **Eyes Vision/Зрение L/левое** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **R/правое**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Corrected eyes vision/Зрение после коррекции**  **L/левое** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **R/правое**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Color sense /Способность различать цвета**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) | **Skin/Кожа**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **Ears/Уши**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) | **Nose/Нос**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **Heart/Сердце**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) | **Lungs/Легкие**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **Spine/Позвоночник**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) | **Abdomen/Брюшной отдел**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **Blood Pressure/Давление в килопаскалях**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **mmHg** | **Nervous System/Нервная система**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **Lymph nodes/Лимфоузлы**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) | **Extremities/Конечности**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **Tonsils/Миндалины**  *No abnormal findings* **or**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) | **Other abnormal findings** no **or** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Не обнаружено отклонений / или) |
| **ECG results / результаты ЭКГ** |

Physician's name / ФИО врача: …………………….......………………………

Place/место: …………………….......………………………

Date & Signature of Physician/Дата и подпись врача:………………….........……… Stamp/печать: