**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. TheAnti-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: