

CONFIDENTIAL

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

Medical Information Form

Медицинская форма

You must complete this Medical Information Form in full before we will accept your booking.

Вы должны заполнить эту медицинскую форму полностью, перед тем как мы подтвердим ваше бронирование.

How we use the information:

Как мы используем эту информацию

Your answers will provide our Medical Officers with essential information to make any necessary or special preparations and to provide you with as good medical care as we can in Arctic if required. To this end, if you answer "Yes" to any question please give the fullest possible details.

Ваши ответы помогут нашим экспедиционным врачам в случае необходимости обеспечить настолько хорошую медицинскую помощь, насколько это возможно в Арктике, а так же правильно подобрать необходимые или специальные препараты.

Who sees the information:

Кто будет знать эту информацию:

Our administrative staff will receive and forward your information to the ANI Chief Medical Officer for review. All information received is confidential and securely stored. However, any or all of it may be shared with your guide, other company personnel or third parties, if this is deemed necessary for yours and others' safety and well-being.

Наш административный персонал примет и предоставит всю информацию о состоянии вашего здоровья экспедиционному врачу для ознакомления. Вся полученная информация конфиденциальна. Однако информация может быть предоставлена гида или другому сопровождающему персоналу, если это будет необходимо для вашей безопасности и безопасности других.

FAMILY or SURNAME:

ФАМИЛИЯ

GIVEN NAMES:

ИМЯ

PROGRAM NAME:

НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ

PROGRAM DATE(Day/Month/Year):

ДАТЫ ПРОГРАММЫ (ДД/ММ/ГГ)

Your Height (cm):

Ваш рост (см)

Weight (kg):

Вес (кг)

Date of Birth (Day/Month/Year)

Дата рождения (ДД/ММ/ГГ)

Age:

Возраст

Sex (M/F):

Пол (М/Ж)

Past Medical Conditions

Медицинские условия

Have you had any significant medical, surgical or mental health conditions?

NO

YES

Были ли у вас важные медицинские, хирургические или умственные заболевания?

НЕТ

ДА

If YES, please give details

Если да, напишите детали

--

Present Medical Conditions**Do you have any physical or mental health conditions requiring treatment or medical supervision?****NO YES**

Есть ли у вас физические или умственные заболевания требующие постоянного наблюдения у врача?

НЕТ ДА

If YES, please give details

Если да, напишите детали

Have you undergone any surgical procedure in the last year?**NO YES**

Подвергались ли вы хирургическому вмешательству в прошлом году?

НЕТ ДА

If YES, please give details

Если да, напишите детали

Have you had any hospital investigations or treatment in the last year?**NO YES**

Были ли у вас медицинские обследования или лечение в прошлом году?

НЕТ ДА

If YES, please give details

Если да, напишите детали

Medication**Are you taking any drugs or other medication, including anti-coagulants, or receiving chemotherapy****NO YES**

Принимаете ли вы какие-то лекарства или медикаменты, включая антикоагулянты, а так же химиотерапию?

НЕТ ДА

Drug (generic name)

Лекарство (название)

Dose

Доза

Reason

Показания

Allergies

Аллергии

Do you have you any allergies?**NO YES**

Есть ли у вас аллергия?

НЕТ ДА

If YES, please give details

Если да, напишите детали

What are you allergic to?

На что у вас аллергия?

Mild/Moderate/Severe

Легкая/Умеренная/Серьезная

Do you have, or have you ever had:

Есть ли у вас или когда-либо было:

Angina (cardiac) Стенокардия (сердечная)	NO НЕТ	YES ДА
Myocardial Infarct (heart attack) Инфаркт миокарда (сердечный приступ)	NO НЕТ	YES ДА
High Blood Pressure Высокое кровяное давление	NO НЕТ	YES ДА
Other Heart disease Другие сердечные заболевания	NO НЕТ	YES ДА
Cardiovascular accident (stroke) Сердечно-сосудистые заболевания (удар)	NO НЕТ	YES ДА
Transient ischaemic attack Кратковременные ишемические удары	NO НЕТ	YES ДА
Peripheral vascular disease Сосудистые заболевания	NO НЕТ	YES ДА
Asthma Астма	NO НЕТ	YES ДА
Epilepsy Эпилепсия	NO НЕТ	YES ДА
Thyroid disease Заболевание щитовидной железы	NO НЕТ	YES ДА
Bleeding disorders Кровотечения	NO НЕТ	YES ДА
Depression Депрессия	NO НЕТ	YES ДА
Other mental health condition Другие умственные заболевания	NO НЕТ	YES ДА
Cancer Рак	NO НЕТ	YES ДА
Altitude illness Высотная болезнь	NO НЕТ	YES ДА
Back problems Проблемы с позвоночником	NO НЕТ	YES ДА

If YES to any of the above, please give full details (continue on extra pages if necessary)

Если вы ответили ДА хотя бы на один из пунктов выше, пожалуйста, предоставьте все детали (если необходимо используйте дополнительную страницу)

Do you have any physical limitations or disabilities?

Есть ли у вас физические ограничения или инвалидность?

NO YES

НЕТ ДА

Do you use any artificial aids, e.g. wheelchair, stick, prosthetic

Используете ли вы инвалидное кресло, протезы, трость

NO YES

НЕТ ДА

If YES to any of the above, please give full details

Если вы ответили ДА хотя бы на один из пунктов выше, пожалуйста, предоставьте все детали

Have you ever had frostbite or other cold injury?

NO YES

Были ли у вас когда-либо обморожения?

НЕТ ДА

If YES, please give details

Если да, напишите детали

If you have any medical issues that may affect your fitness to participate you are advised to seek advice from your own physician.

Если у вас есть какие-либо медицинские проблемы, которые могут повлиять на ваше участие в программе, советуем обратиться за советом к вашему врачу.

The camp Medical Officer is freely available to discuss any issues you have concerning your health in Antarctica.

Медицинский сотрудник лагеря всегда доступен, чтобы обсудить любые проблемы относительно вашего здоровья в Антарктиде.

Medical Insurance

Медицинская страховка

Medical insurance that includes emergency medical evacuation coverage is mandatory. Please check the box that follows:

Медицинская страховка обязательно должна включать в себя экстренную медицинскую эвакуацию. Пожалуйста, отметьте в нижеприведенном пункте:

I understand that medical insurance with medical evacuation coverage is mandatory.

Я понимаю, что медицинская страховка включает в себя экстренную медицинскую эвакуацию.

Insurance Policy Details

Детали страхового полиса

Name of the insurance company: _____

Название страховой компании

Policy Number: _____

Номер страхового полиса

Insurer's emergency telephone number: _____

Номер телефона страховой компании

Personal Emergency Information

Person to contact in case of an emergency _____

Контактные лица в экстренном случае

First (Имя)

Last (Фамилия)

Relationship _____ Phone _____ E-mail _____

Степень родства

Телефон

e-mail

Details of your personal Physician

Детали вашего личного врача

Name:

Имя

Street Address **City:**

Адрес

Город

Country: **Post Code:**

Страна

Индекс

Phone: + **(Please give country code)**

Телефон (укажите код страны)

Fax: +

Факс

Email:

Электронная почта

Please sign below. Your signature confirms:

Пожалуйста, подпишитесь внизу. Ваша подпись подтверждает:

1 that you have read your program guidelines and are fit to undertake your chosen expedition;

1 что вы прочитали программу и в состоянии совершить данную экспедицию

2 that you have provided accurate and complete information;

2 что вы предоставили точную и полную информацию

3 your consent for the camp Medical Officer to seek further medical information from your personal Physician;

3 ваше согласие на получение дополнительной информации от вашего личного доктора

4 that you will inform of any change in your medical details prior to the start of your program;

4 что вы сообщите о любых изменениях ваших медицинских деталей до начала программы

5 that you agree to undergo a medical examination if required by the camp Medical Officer either before or during your program;

5 что вы согласны подвергнуться медицинскому осмотру врачом лагеря, если потребуется, до или во время экспедиции

6 the right of the camp Medical Officer to adapt or curtail your program due to medical circumstances.

6 право врача адаптировать или сократить вашу программу

SIGNED:

ПОДПИСЬ

DATE:

ДАТА

Parent or Guardian must also sign this form if participant is under age of majority. (18 years in most countries).

Родители или опекун должны подписать эту форму за участников младше 18 лет

SIGNED:

ПОДПИСЬ

DATE:

ДАТА