

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

Декларация здоровья (ДЗ) – информация о состоянии здоровья пациента, заполненная и представленная им самим на основе вопросника. Декларация здоровья пациента, доступная лечащим врачам, дает возможность быстрого получения обзора о состоянии здоровья пациента и исходной информации для принятия уточненных решений о лечении. Заполненная ДЗ – необходимое условие для получения справки о здоровье.

Как правило ДЗ заполняется пациентом дигитально в портале пациента. ДЗ является действительной в течение 30 дней с момента ее дигитального подписания. Исключительным случаем считается ДЗ, заполненная на бумаге. Она является действительной только в течение одного посещения врача, для следующего посещения необходимо заполнить ДЗ заново. ДЗ, заполненная на бумаге, не может быть также найдена в данных портала пациента, в отличие от заполненной дигитально.

Личный код

Имя _____

1. СТИЛЬ ЖИЗНИ

Вы употребляете алкоголь? Нет Да

Укажите количество употребляемых единиц алкоголя в неделю? _____
(1 единица = 40 мл 40% алкоголя или 120 мл 12% вина или 250 мл 5,2% пива)

Вы курите? Нет Да

Укажите количество сигарет в день? _____

Укажите количество лет? _____

Укажите когда Вы отказались от курения? _____

Вы употребляете наркотики/психотропные вещества? Нет Да

Опишите частоту употребления _____

Вы употребляете лекарства, которые по Вашему мнению, влияют на концентрацию внимания и координацию движений? Нет Да

Ваш режим сна? Ваш сон спокоен? Вы чувствуете себя отдохнувшим?

2. УСЛОВИЯ РАБОТЫ

Назначались ли Вам ранее ограничения в работе, в связи с проверкой здоровья? Нет Да

Если да, то в связи с чем _____

Имеются или имелись ли у Вас расстройства здоровья, которые Вы связываете с выполнением рабочих обязанностей и/или с условиями работы? Нет Да _____

3. АЛЛЕРГИИ

Отсутствуют

Лекарства (пожалуйста, уточните) _____

Продукты питания (пожалуйста, уточните) _____

Пыльцу растений (пожалуйста, уточните) _____

Животных и/или птиц (пожалуйста, уточните) _____

Другие вещества (пожалуйста, уточните) _____

Имя _____ Дата _____ Подпись _____

4. ПСИХИКА

Жалобы отсутствуют

- Депрессия _____
- Шизофрения _____
- Страх работы в одиночку _____
- Страх нахождения в замкнутом пространстве _____
- Страх высоты _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

5. НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Жалобы отсутствуют

- Приступы потери сознания _____
- Приступы конвульсий (эпилепсия или падучая) _____
- Нарушение равновесия (в т.ч. болезнь Меньера) _____
- Инфаркт или инсульт мозга _____
- Морская болезнь _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

6. ГЛАЗА И ЗРЕНИЕ

Жалобы отсутствуют

- Близорукость _____
- Имеются ли ограничения поля зрения при взгляде вверх/вниз/в стороны? _____
- Двоение в глазах _____
- Нарушения цветового восприятия _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

7. УХО, НОС, ГОРЛО

Жалобы отсутствуют

- Снижение слуха _____
- Аллергический насморк _____
- Хроническое воспаление придаточных пазух носа (лобная, гайморова пазухи) _____
- Затруднение носового дыхания _____
- Частые (более, чем 4 раза за год) заболевания горла _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

8. ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Жалобы отсутствуют

- Астма _____
- Хроническое обструктивное заболевание легких _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

Имя _____ Дата _____ Подпись _____

9. НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (ВКЛЮЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

Жалобы отсутствуют

- Сахарный диабет _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

10. СЕРДЦЕ И КОРОНАРНЫЕ СОСУДЫ

Жалобы отсутствуют

- Боль в груди при нагрузке _____
- Высокое кровяное давление _____
- Перенесенный инфаркт сердца _____
- Нарушения сердечного ритма _____
- Проведено зондирование сердца _____
- Установлен сердечный стимулятор _____
- Проведена операция на сердце _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

11. КОСТИ, СУСТАВЫ И МЫШЦЫ

Жалобы отсутствуют

- Тугоподвижность сустава _____
- Частичный или полный паралич конечности (пожалуйста, уточните) _____
- Частичное или полное отсутствие конечности (пожалуйста, уточните) _____
- Дрожь в руках _____
- Боль в суставе _____
- Боль в шейном отделе позвоночника _____
- Боль в плечевом отделе позвоночника _____
- Боль в (крестцовом) нижнем отделе позвоночника _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

12. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Известно, что не болел(а)

- Туберкулез _____
- Вирусный гепатит _____
- Носитель ВИЧ _____
- СПИД _____
- Другое заболевание (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

13. ДРУГИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОСТОЯНИЯ ИЛИ СИМПТОМЫ, НЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЫШЕ

Отсутствуют

- Заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

14. ПРЕДЫДУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Лечились ли Вы в стационаре или были на приеме у врача за границей? Пожалуйста, уточните когда, где и в связи с чем _____

Имя _____ Дата _____ Подпись _____

Принимаете ли Вы какие либо лекарства постоянно (в т.ч. противозачаточные)? Пожалуйста, перечислите какие _____

Лечились ли Вы в стационаре? _____

Оперировали ли Вас? Пожалуйста, уточните когда и в связи с чем _____

15. ТРАВМЫ Отсутствуют

Переломы костей (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

Другие существенные повреждения (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

16. В ДАННЫЙ МОМЕНТ БЕРЕМЕННА? Нет Да

17. КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ПОЖАЛУЙСТА, УТОЧНИТЕ КАКИЕ И КОГДА)? Нет Да

18. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ Жалобы отсутствуют

Болезни печени _____

Камни желчного пузыря _____

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки _____

Язвенный колит или болезнь Крона (регионарный энтерит) _____

Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

19. ОРГАНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ Жалобы отсутствуют

Заболевания почек _____

Камни почки _____

Почечная недостаточность _____

Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

20. ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ Жалобы отсутствуют

Заболевания крови _____

Железодефицитная анемия _____

Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните какие и когда) _____

21. ИСПОЛЬЗУЮ СЛЕДУЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ АППАРАТЫ/ПРИСПОСОБЛЕНИЯ Не использую

Очки _____

Контактные линзы _____

Слуховой аппарат/кохлеарный имплантат _____

Протез руки _____

Протез ноги _____

Приспособление для передвижения _____

Другие приспособления (пожалуйста, уточните какие) _____

Имя _____ Дата _____ Подпись _____

