

FAO	GATT	IAEA	ILO	ITC	ITU	UN	UNDP	UNESCO	UNICEF	UNIDO	WHO	WIPO	WMO
POUFNE			FORMULARZ WYNIKÓW BADANIA LEKARSKIEGO					ORGANIZACJA NARODÓW ZJEDNOCZONYCH I AGENCJE WYSPECJALIZOWANE					
Niniejszym upoważniam lekarzy, szpitale lub kliniki, wymienione w niniejszym formularzu, do zapewnienia Służbom Medycznym Organizacji Narodów Zjednoczonych kopii mojej dokumentacji lekarskiej, w celu umożliwienia Organizacji podjęcia działań związanych z wnioskiem o zatrudnienie.													
Potwierdzam, że oświadczenia przeze mnie złożone w odpowiedzi na poniższe pytania są, zgodnie z moją wiedzą, prawdziwe, kompletne i prawidłowe. Zdaję sobie sprawę, że wszelkie nieprawidłowe oświadczenia lub materialne pominięcie informacji medycznej w formularzu lub jakimkolwiek innym dokumencie, wymaganym przez Organizację, powoduje, że kontrakt pracownika może zostać zakończony lub może on zostać zwolniony.													
Data:..... Podpis:.....													
Strony 1 i 2 wypełnia kandydat													
NAZWISKO (WPISAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI):				IMIONA:				NAZWISKO PANIENSKIE (TYLKO KOBIECY):				PŁEĆ: M..... K.....	
ADRES, ULICA, MIEJSCOWOŚĆ, OKRĘG LUB REGION, KRAJ:								DATA URODZENIA:				NARODOWOŚĆ:	
STANOWISKO; OPISAĆ CHARAKTER PRACY:				TELEFON:				MIEJSCE URODZENIA:					
MIEJSCE PEŁNIENIA OBOWIĄZKÓW:								AKTUALNY STAN CYWILNY: KAWALER/PANNA:..... ŻONATY/MĘŻATKA OD:..... W SEPARACJI OD:..... ROZWIEDZIONY/A OD:..... WDOWIEC/WDOWA OD:.....					
Czy przechodził/a Pan/Pani kiedykolwiek badanie lekarskie na potrzeby ONZ lub jednej z jej agencji?.....													
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zatrudniony/a przez ONZ lub jedną z jej agencji?.....													
Jeżeli tak, proszę określić kiedy, gdzie i dla jakiej Organizacji:.....													
HISTORIA ZDROWIA RODZINY													
Członek rodziny	Wiek (jeżeli nadal żyje)	Stan zdrowia (jeżeli nadal żyje, stan aktualny; jeżeli nie żyje, przyczyna zgonu)	Wiek w chwili zgonu	Czy członkowie Pani/Pana rodziny przechodzili następujące choroby lub dolegliwości?	Tak	Nie	Kto?						
Ojciec				Nadciśnienie									
Matka				Choroby serca									
Bracia				Cukrzyca									
Siostry				Gruźlica									
Współmałżonek				Astma									
Dzieci				Nowotwór									
				Epilepsja									
				Choroby psychiczne									
				Porażenia									
WYPEŁNIA URZĘDNIK ZALECAJĄCY BADANIE LEKARSKIE								WYPEŁNIA KIEROWNIK SŁUŻBY MEDYCZNEJ					
Nazwisko urzędnika:..... Departament lub Jednostka: Data:.....								Klasyfikacja medyczna: 1b 2a 2b 1a Uwagi:..... Data:..... Podpis:.....					
WAŻNE: Proszę wskazać Agencję lub Organizację przeprowadzającą rekrutację:													

Każde pytanie wymaga konkretnej odpowiedzi (tak, nie, data itp.); pozostawienie pustego pola lub narysowanie linii nie jest wystarczające. Jeżeli kwestionariusz nie zostanie wypełniony kompletnie i w związku z tym potrzebne są dalsze pytania, wiąże się to ze zbędnym nakładem czasu.

1. Czy przechodził/a Pan/Pani którąś z następujących chorób lub dolegliwości? Proszę wpisać tak lub nie. Jeżeli tak, proszę podać rok.

	TAK Data	NIE		TAK Data	NIE		TAK Data	NIE		TAK Data	NIE
Częste bóle gardła			Choroba serca lub naczyniowa			Dolegliwości ze strony układu moczowego			Omdlenia		
Katar sienny			Bóle w okolicach serca			Dolegliwości nerkowe			Epilepsja		
Astma			Żylaki			Kamienie nerkowe			Cukrzyca		
Gruźlica			Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy			Bóle kręgosłupa			Rzeżączka		
Zapalenie płuc			Żółtaczka			Dolegliwości współistniejące			Inne choroby przenoszone drogą płciową		
Zapalenie opłucnej			Kamienie żółciowe			Choroby skóry			Choroby tropikalne		
Nawracające zapalenie oskrzeli			Przepuklina			Bezsensowność			Czerwonka wywołana amebą (biegunka)		
Gorączka reumatyczna			Hemoroidy			Dolegliwości nerwowe lub fizyczne			Malaria		
Nadciśnienie						Częste bóle głowy					

2. Czy leczy się Pan/Pani aktualnie?..... Przyczyna:

3. Czy kasłał/a Pan/Pani kiedykolwiek krwią?.....

4. Czy zauważył/a Pan/Pani kiedykolwiek krew w stolcu?..... W moczu?..... Proszę podać szczegóły.....

5. Czy przebywał/a Pan/Pani kiedykolwiek w szpitalu (klinice itp.)?.....
Z jakiego powodu, gdzie, kiedy?.....

6. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani niezdolny/a do pracy przez okres dłuższy niż jeden miesiąc z powodu choroby?.....
Jeżeli tak, to na jak długo?.....
I z powodu jakiej choroby?.....

7. Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek wypadek, z powodu którego jest Pan/Pani częściowo niepełnosprawny/a?.....
Jeżeli tak, to jaki i kiedy?.....
Czy jest Pan/Pani niepełnosprawny/a w inny sposób?.....

8. Czy leczył/a się Pan/Pani kiedykolwiek u neurologa, psychologa, psychoanalityka?.....
Jeżeli tak, proszę podać nazwisko i adres:

Z jakiego powodu?

Data konsultacji:.....

9. Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki regularnie?..... Jeżeli tak, jakie?

10. Czy przybrał/a lub stracił/a Pan/Pani na wadze w ciągu ostatnich trzech lat?..... Jeżeli tak, ile?.....

11. Czy kiedykolwiek odmówiono Panu/Pani zawarcia umowy na ubezpieczenia na życie?.....
Jeżeli tak, proszę podać powód:.....

12. Czy kiedykolwiek odmówiono Panu/Pani zatrudnienia z powodów zdrowotnych?

Jeżeli tak, proszę podać powody:.....

13. Czy kiedykolwiek otrzymywał/a lub starał/a się Pan/Pani o rentę lub rekompensatę za stałą niepełnosprawność?

Stopień niepełnosprawności?.....
Proszę podać szczegóły:

14. Czy kiedykolwiek przebywał/a Pan/Pani w kraju tropikalnym?

Jeżeli tak, jak długo?.....

15. Czy kiedykolwiek w przeszłości cierpiał/a Pan/Pani na chorobę, która uniemożliwiła podróż samolotem?.....

16. Czy uważa Pan/Pani swój stan zdrowia za dobry?..... Czy pracuje Pan/Pani w pełni wydajnie?.....

17. Czy pali Pan/Pani regularnie? Tak..... Nie

Jeżeli tak, co Pan/Pani pali? Papierosy..... Fajkę..... Cygara.....

Od ilu lat Pan/Pani pali?

Ile na jeden dzień?

18. Dzielne spożycie napojów alkoholowych:.....

19. Czy lekarz lub dentysta zalecił Panu/Pani leczenie medyczne lub chirurgiczne w niedalekiej przyszłości?.....
Proszę podać szczegóły:.....

20. Proszę podać wszelkie inne znaczące informacje, dotyczące Pana/Pani zdrowia:.....

21. Jaki zawód Pan/Pani wykonuje?

Proszę wymienić trzy ostatnie stanowiska, jakie Pan/Pani zajmował/a:

22. Proszę wymienić niebezpieczeństwa zawodowe lub inne, na jakie jest Pan/Pani narażony/a:.....

23. Czy kiedykolwiek nie został/a Pan/Pani przyjęty/a do służby wojskowej z powodów zdrowotnych?.....

24. **WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIECY:**

Czy ma Pani regularne miesiączki? Tak..... Nie

Czy są one bolesne? Tak..... Nie

Czy w trakcie miesiączki musi Pani leżeć w łóżku? Tak..... Nie

Jeżeli tak, na jak długo?.....

Data ostatniej miesiączki?.....

Czy bierze Pani tabletki antykoncepcyjne? Tak..... Nie.....

Jeżeli tak, od ilu lat?

Czy kiedykolwiek była Pani leczona z powodu dolegliwości ginekologicznych? Tak..... Nie.....

Jeżeli tak, jakich?

OGÓLNY WYGLĄD

Skóra: Wzrost:cm Waga:kg
 Głowa:

WZROK, POMIAR OSTROŚCI WZROKU

Z daleka Prawe.....Lewe..... Żrenice: Równe Prawidłowe?
 Wzrok z okularami Prawe.....Lewe..... Refrakcja (jeżeli konieczna)
 Z bliska Prawe.....Lewe..... Odróżnianie kolorów:
 Z korekcją Prawe.....Lewe.....

SLUCH

(badanie szeptem)

Prawe: Normalny..... Wystarczający..... Niewystarczający.....
 Lewe: Normalny..... Wystarczający..... Niewystarczający.....
 Trąbka słuchowa: Prawa..... Lewa.....

NOS – JAMA USTNA – SZYJA

Nos: Krtani: Zęby:
 Język: Migdałki: Tarczyca:

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

Tętno: Odsluchiwanie:
 Rytm: Ciśnienie krwi:
 Uderzenie koniuszkowe: Żylaki:
 Elektrokardiogram (jeżeli zlecono lub powyżej 45 roku życia) – Proszę załączyć zapis

Naczynia obwodowe:

– tętnica szyjna:
 – piszczelowa tylna:
 – grzbietowa stopy:

UKŁAD ODDECHOWY

Płuca:

Klatka piersiowa:

UKŁAD POKARMOWY

Brzuch: Śledziona:
 Wątroba: Przepukliny:
 Badanie odbytu:

UKŁAD NERWOWY

Odruch źrenicy: - na światło: Odruch podeszwowy:
 - na dostosowanie: Funkcje motoryczne:
 Odruch rzepkowy: Funkcje czuciowe:
 Odruch Achillesa: Napięcie mięśniowe:
 Próba Romberga:

STAN PSYCHICZNY

Wygląd: Zachowanie:

UKŁAD MOCZOWO - PŁCIOWY

Nerki: Narządy płciowe:

UKŁAD KOSTNY

Czaszka: Kończyny górne:
 Kręgosłup: Kończyny dolne:

UKŁAD LIMFATYCZNY

RENTGEN KLATKI PIERSIOWEJ (Duży obrazek – proszę przysłać zdjęcie, opis radiologa nie jest wystarczający. Zdjęcie boczne nie jest konieczne, chyba że istnieje takie wskazanie lekarskie.)

LABORATORIUM

Wyniki wszystkich następujących badań muszą zostać załączone, chyba że oznaczone są uwagą „jeżeli takie jest wskazanie lekarza”.
Jeżeli uprzednio nie uzgodniono inaczej, wyłącznie badania wymienione poniżej wykonywane są na koszt Organizacji.

Mocz: Białka Cukier Badanie mikroskopowe
Krew: Hemoglobina: % g/l Leukocyty:
Hematokryt: % Jeżeli takie jest wskazanie lekarza
Erytrocyty: OB
Badania biochemiczne krwi (jeżeli badania te mogą być przeprowadzone na miejscu):
Cukier: Mocznik lub kreatynina:
Cholesterol: Kwas moczowy:
Badanie VDRL: Proszę załączyć wynik z laboratorium
Badanie śliny (jeżeli takie jest wskazanie lekarza):

UWAGI (Proszę zamieścić uwagi na temat wszystkich odpowiedzi twierdzących kandydata i opisać w skrócie wyniki nieprawidłowe)

WNIOSKI (Proszę przedstawić opinię na temat stanu fizycznego i psychicznego kandydata oraz przydatności na proponowane stanowisko)

Lekarz, przeprowadzający badania, zobowiązany jest przed wysłaniem niniejszego formularza sprawdzić, czy jego strony 1 i 2 są w pełni wypełnione przez kandydata oraz czy wyniki wymaganych badań są podane w formularzu. Niekompletne formularze są głównym źródłem opóźnień w procesie rekrutacji.

Nazwisko lekarza przeprowadzającego badania (wpisać drukowanymi literami):.....
Adres:

Podpis:

Data: