



ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

Декларация здоровья (ДЗ) – информация о состоянии здоровья пациента, заполненная и представленная им самим на основе вопросника. Декларация здоровья пациента доступна лечащим врачам или членам комиссии врачей министерства обороны; она дает возможность быстрого получения обзора о состоянии здоровья пациента и является исходной информацией для принятия решений о лечении или в других вопросах, которые касаются здоровья. Заполненная ДЗ – сейчас необходимое условие для получения справки о здоровье, и она обязательна для просмотра комиссии врачей в министерстве обороны.

ДЗ является действительной в течение 30 дней с момента ее дигитального подписания для получение справки о здоровье, и 3 месяца для комиссии врачей в министерстве обороны с момента ее подтверждения. ДЗ, заполненная на бумаге 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

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) _____

Имя _____ Дата _____ Подпись _____



Другие вещества (пожалуйста, уточните) _____

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 судорог (эпилепсия) _____
- 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 _____
- Апноэ сна _____
- Другое заболевание/состояние/симптом (пожалуйста, уточните) _____

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 _____
- 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 _____
- Железodefицитная 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 _____
- Аппарат положительного давления (CPAP) или устройство неинвазивной вентиляции легких _____
- Интраоральный аппарат для лечения апноэ сна _____
- Другие приспособления (пожалуйста, уточните какие) _____

22. СОН

Вы громко храпите (громче, чем звучит обычная речь, или ваш храп слышен в другой комнате даже тогда, когда дверь спальни закрыта)? Нет Да

Часто ли вы чувствуете, что не отдохнули за ночь, чувствуете усталость или сонливость в дневное время? Нет Да

Наблюдались ли у вас задержки дыхания во время ночного сна? Нет Да

Имя _____ Дата _____ Подпись _____