Zdravotní dotazník **/ Медична анкета /** *Медицинская анкета*

|  |  |
| --- | --- |
| **I.** | Základní informace **/ Основна інформація /** Основная информация |

Jméno **/ Ім'я** **/** Имя: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. Příjmení **/ Прізвище** **/** Фамилия : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Výška a Váha*/***Висота тіла і вага** / Высота тела и вес………………………………………………………………………………………….

Datum narození **/** **Дата народження** **/** Дата рождения: …………………………………………………………………………………… Číslo pojištěnce v ČR**/** **Номер застрахованого /** Номер застрахованного в Чешской Республике:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................

Státní příslušnost **/** **Громадянство /** Гражданство: …………………………………………………………………………………………… Trvalé bydliště**/** **Постійне місце проживання** **/** Постоянное место жительства:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Přechodné bydliště (adresa pobytu na území ČR)**/** **Тимчасове місце проживання (адреса перебування на території Чеської Республіки**) **/** Временное место жительства (адрес проживания на территории ЧР):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Číslo a typ dokladu o identitě**/** **Номер та тип документа, що посвідчує особу** **/** Номер и вид документа,

удостоверяющего личность: ……………………………………………………………………………………………………………………………..

Kontakt telefon**/** **Номер контактного телефону** **/** Контактный телефон: …………………………………………………………

Kontakt e-mail**/** **Контактна електронна пошта** **/** Контактная эл. Почта: …………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| **II.** | Zdravotní stav **/ Стан здоров'я /** Состояние здоровья |

# A. Osobní anamnéza / Особистий анамнез / Личный анамнез

Zaškrtněte prodělaná onemocnění v minulosti **/ Відзначте хвороби, перенесені у минулому /** Отметить перенесенные в прошлом заболевания:

* tuberkulóza **/** **Туберкульоз** **/** Туберкулез
* virová hepatitida A,B,C **/** **Вірусний гепатит A, B, C** **/** Вирусные гепатиты А, В, С
* dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel) **/** **Дитячі хвороби (кір, епідемічний паротит, краснуха, дифтерія, кашлюк) /** Детские заболевания (корь, паротит, краснуха, дифтерия, коклюш)
* tetanus **/** **Правець** **/** Столбняк
* HIV+/AIDS / **ВІЛ/СНІД** / ВИЧ/СПИД

Máte v současné době nějaký z níže uvedených příznaků (zaškrtněte) **/** **Чи є на даний час у вас симптоми, вказані нижче? (Позначте)** **/** Есть ли у Вас сейчас какие-либо из следующих симптомов (пометить):

* teplota **/ температура** **/** температура
* kašel **/ кашель /** кашель
* průjem **/** **діарея /** диарея
* bolesti břicha **/** **біль у животі** **/** боли в животе
* bolesti hlavy **/** **головний біль** **/** головные боли
* bolest na prsou **/** **біль у грудях** **/** боль в груди
* vyrážka **/** **висипка** **/** сыпь
* nemohu dýchat **/ проблеми із диханням** **/** затрудненное дыхание
* mám potíže s chůzí **/** **труднощі із ходьбою** **/** затрудненная ходьба
* mám poruchy vědomí **/** **розлади свідомості** **/** нарушение сознания
* mám poruchy vidění **/ розлади зору** **/** нарушение зрения
* mám křeče a jiné záchvatovité stavy **/** **судоми та інші приступи** **/** судороги и другие приступообразные состояния
* hodně se potím (zejména v noci)
* zahmyzení (vši, blechy, svrab) **/** **наявність комах-паразитів (воші, блохи, вушні кліщі) /** паразитарные заболевания кожи (вши, блохи, чесотка)
* jiné **/ інше** **/** другие: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Byl/a jste kontaktu v posledních 21 dnech s osobou, u které bylo potvrzeno akutní infekční onemocnění (zaškrtněte a vypište o jaké onemocnění se jednalo) **/ Чи були Ви у контакті протягом останніх 21 днів з особою, у якої було підтверджено гостре інфекційне захворювання? (Позначте та напишіть, про яку хворобу йшлося) /** Находились ли Вы в течение последних 21 дней в контакте с человеком, у которого было подтверждено острое инфекционное заболевание (отметьте и напишите, о каком заболевании идет речь)

|  |  |
| --- | --- |
|  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

V případě, že Vaše odpověď je ANO vyplňte, o jaké onemocnění se jedná (spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, tuberkulóza\*) **/ У випадку, якщо Ваша відповідь — ТАК, заповніть, про яку саме хворобу йдеться (кір, паротит, краснуха, кашлюк, туберкульоз тощо\*) /** Если Ваш ответ «ДА», пожалуйста, укажите, о каком заболевании идет речь (корь, свинка, краснуха, коклюш, туберкулез\*):

|  |
| --- |
|  |

**\*** V případě tuberkulózy uveďte kontakt kdykoli v životě v rodině nebo v kolektivu **/ При захворюванні на туберкульоз налагодьте контакти в родині або в колективі будь-коли в житті /** В случае туберкулеза, установить контакт в любое время в семье или коллективе

Byl/a u Vás v posledních 21 dnech potvrzeno akutní infekční onemocnění (zaškrtněte a vypište o jaké onemocnění se jednalo) **/ Чи було у Вас протягом останніх 21 днів підтверджено гостре інфекційне захворювання? (Позначте та заповніть, про які хвороби йшлося) /** Перенесли ли Вы подтвержденное острое инфекционное заболевание в течение последних 21 дней (отметьте и напишите, о каком заболевании идет речь)

|  |  |
| --- | --- |
|  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

V případě, že Vaše odpověď je ANO vyplňte, o jaké onemocnění se jedná (Virová hepatitida A, B,C, spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, tuberkulóza) **/ Якщо Ваша відповідь — ТАК, заповніть, про яку хворобу йдеться (вірусний гепатит A, B, C, кір, паротит, краснуха, кашлюк, туберкульоз тощо) /** Если ваш ответ «ДА», пожалуйста, укажите, о каком заболевании идет речь (вирусный гепатит А, В, С, корь, свинка, **краснуха, коклюш, туберкулез):**

|  |
| --- |
|  |

# B. Očkování / Щеплення / Вакцинация

Byl/a jste očkován/a proti následujícím onemocněním **/ Чи були Ви вакциновані проти таких захворювань? /** Были ли Вы привиты от следующих заболеваний?

|  |  |
| --- | --- |
| Spalničky **/ Кір /** Корь  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Zarděnky **/ Краснуха /** Краснуха **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Příušnice **/ Паротит /** Свинка **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Záškrt **/ Дифтерія /** Дифтерия **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Tetanus **/ Правець /** Столбняк **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Černý kašel **/ Кашлюк /** Коклюш **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Tuberkulóza **/ Туберкульоз /** Туберкулез  **ANO / ТАК / ДА**  Přenosná dětská obrna **/ Переносний дитячий поліомієліт /** Полиомиелит |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Virová hepatitida A **/ Вірусний гепатит A /** Вирусный гепатит А **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Virová hepatitida B **/ Вірусний гепатит B /** Вирусный гепатит В **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Haemophilus influensae **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Meningokoky  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

C. Léčíte se s některou z následujících nemocí, která vyžaduje akutní pomoc? **/ Чи лікуєтеся Ви від будь-якої хвороби, що вимагає негайної допомоги?** / Проходите ли Вы лечение по поводу любого из следующих заболеваний, требующих неотложной помощи?

* Cukrovka **/ Цукровий діабет** **/** Сахарный диабет
* Onemocnění srdce **/** **Захворювання серця** **/** Болезнь сердца
* Onemocnění plic **/ Захворювання легенів** **/** Болезнь легких
* Onemocnění ledvin **/** **Захворювання печінки /** Болезнь почек
* Neurologické onemocnění **/** **Неврологічні захворювання** **/** Неврологическое заболевание
* Nemoci zažívacího traktu **/ Захворювання шлунково-кишкового тракту /** Заболевание пищеварительного тракта
* Nemoci krve a imunity
* Nádorové onemocnění **/ Онкологічні захворювання /** Опухолевое заболевание
* Jiné **/ Інше /** Другое: …………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Máte dostatek léků pro léčbu svého onemocnění (na min. 7 dní)? **/ Чи є у Вас достатньо ліків для лікування Вашого захворювання (мінімум на 7 днів)? /** Достаточно ли у Вас лекарств для лечения своего заболевания (как минимум на 7 дней)?

|  |  |
| --- | --- |
|  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

Potřebujete nějaký lék akutně? **/ Чи потрібні Вам якісь ліки негайно?** **/** Нужны ли Вам какие-либо лекарства немедленно? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Používáte zdravotnické pomůcky? **/ Чи використовуєте Ви медичне обладнання?** /Пользуйтесь ли Вы специальными медицинскими приспособлениями?

|  |  |
| --- | --- |
|  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

Potřebujete předepsat zdravotnické pomůcky? **/ Чи потрібно Вам виписати якесь медичне обладнання? /** Нужно ли Вам получить рецепт на специальные медицинские приспособления?

|  |  |
| --- | --- |
|  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |
| Ženy - těhotenství **/ Якщо Ви жінка, чи вагітні Ви? /** Женщины – беременность |  |
|  **ANO / ТАК / ДА +** trimestr / **триместр**? **/** какой триместр? |  **NE / НІ / НЕТ** |

Děti do 4 let – potřeba kojenecké výživy **/ Діти до 4 років – необхідність у дитячому харчуванні /** Дети до 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| лет – потребность в детском питании |  |  |
|  |  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

## D. Covid-19 /

Proděl/a jste v posledních 6 měsících onemocnění covid-19 **/ Чи хворіли Ви протягом останніх 6 місяців на хворобу covid-19? /** Переболели ли Вы COVID-19 в течение последних 6 месяцев?

|  |  |
| --- | --- |
|  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

Byl/a jste proti onemocnění covid-19 očkován(a) **/ Чи були Ви вакциновані проти хвороби covid-19? /** Были

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ли вакцинированы от COVID-19 |  |  |
|  |  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |

Chcete být očkován proti covid-19? **/ Чи маєте Ви бажання вакцинуватися проти covid-19? /** Хотите ли Вы сделать прививку от COVID-19?

|  |  |
| --- | --- |
|  **ANO / ТАК / ДА** |  **NE / НІ / НЕТ** |