

Poniższy dokument jest roboczym tłumaczeniem oficjalnego formularza „Health Information Form” używanego przez CISV International. Można go znaleźć na stronie www.cisv.org/resources. Jest to dokument, który każdy z uczestników międzynarodowych programów CISV musi zabrać ze sobą na wyjazd, po wcześniejszym wypełnieniu i podpisaniu go przez lekarza pierwszego kontaktu. Musi on być wypełniony w oryginalnym formacie, poniższe tłumaczenie ma jedynie charakter pomocniczy.

STRONA 2

PART B: CURRENT MEDICATIONS AND NEEDS	CZĘŚĆ B: BIEŻĄCE LEKARSTWA I WYMAGANIA ZDROWOTNE
If there are any special needs or allergies, please send this page (or send the information separately) to the programme staff in advance of the programme.	Jeżeli istnieją jakiegokolwiek wymagania zdrowotne lub alergię, prosimy przesłać tę stronę (lub same informacje tu zawarte) do organizatorów programu przed jego rozpoczęciem.
Name of Participant	Imię i nazwisko uczestnika
Sending National Association	National Association wysyłające uczestnika (tzn. CISV Poland)
Diet:	Dieta:
Do you require a special diet?	Czy jesteś na specjalnej diecie?
If yes, please give details	Jeśli tak, proszę podać szczegóły.
Are there any foods that you cannot or should not eat?	Czy są jakiegokolwiek produkty, których nie możesz lub nie powinieneś jeść?
If yes, please give details.	Proszę podać szczegóły.
Allergies:	Alergie:
Do you have allergies to:	Czy jesteś uczulony na:
Food. If yes, please specify:	Jedzenie. Jeśli tak, proszę sprecyzować:
Bee stings or insect bites. If yes, please specify:	Ukąszenia lub użądlenia owadów. Jeśli tak, proszę sprecyzować:
Medicines. If yes, please specify:	Lekarstwa. Jeśli tak, proszę sprecyzować:
Others. If yes, please specify:	Inne. Jeśli tak, proszę sprecyzować:
Do you have to carry an anaphylaxis-set with you?	Czy musisz mieć przy sobie zestaw na wypadek wstrząsu anafilaktycznego?
If yes, please specify contents:	Jeśli tak, proszę podać jego zawartość.
What medications can you be given for an allergic reaction?	Jakie lekarstwa można ci podać na wypadek reakcji alergicznej?
If you need one, please remember to bring your anaphylaxis set with you.	Jeśli potrzebujesz zestawu na wypadek wstrząsu anafilaktycznego, proszę pamiętać żeby zabrać go ze sobą.
Medications	Lekarstwa
Do you take any medications? Please include non-prescription medications or remedies to avoid any misunderstanding.	Czy potrzebujesz jakieś lekarstwa? Proszę podać leki bez recepty lub środki zaradcze, aby uniknąć nieporozumień.
Brand Name	Nazwa marki
Generic Name	Nazwa substancji aktywnej
Dose, Schedule, Special Instructions	Dawka, godziny podania, specjalne instrukcje

If it is a prescription, is it renewable?	Jeśli jest na receptę, czy jest ona odnawialna?
*Please ensure sufficient supply for the trip's duration.	*Proszę zapewnić wystarczającą ilość lekarstw na czas trwania programu.
Special Needs :	Specjalne potrzeby:
Do you have any special needs or require any specific support?	Czy masz jakieś specjalne wymagania lub potrzebujesz konkretnej pomocy?
If yes, please specify:	Jeśli tak, prosimy sprecyzować.
Please bring any specific medical documentation (e.g. pathological findings in an electrocardiogram or x-ray) that would be very helpful for a doctor in the host country to have, should you require treatment. Bringing it with you can help avoid unnecessary and expensive procedures. It is recommended that you discuss this with your regular physician.	Proszę zabrać ze sobą dokumentację od lekarzy specjalistów (np. zmiany patologiczne znalezione w EKG lub zdjęciu rentgenowskim) które mogą być potrzebne dla lekarza w kraju, do którego jedziesz na wypadek potrzebnego leczenia. Zabranie jej ze sobą pomoże uniknąć niepotrzebnych i drogich procedur medycznych. Zalecamy skonsultowanie tego z waszym lekarzem pierwszego kontaktu.

STRONA 3

PART C: HEALTH HISTORY		CZĘŚĆ C: HISTORIA CHOROBY	
In case of hospitalization by CISV, participant's medical records are available from:		Na wypadek hospitalizacji przez CISV, historia choroby uczestnika jest dostępna:	
Physician / Hospital:		Lekarz/szpital (lub nazwa przychodni):	
Telephone Number:		Numer telefonu:	
Address:		Adres:	
Has the participant ever had any infectious diseases? Please tick any that apply:		Czy uczestnik przeszedł kiedykolwiek chorobę zakaźną? Proszę zaznaczyć właściwe:	
Measles (Rubeola)	Odra	<i>Rheumatic fever</i>	Gorączka reumatyczna
Whooping cough (Diphtheria)	Koklusz	<i>Yellow fever</i>	Żółta gorączka
Hepatitis (specify)	Zapalenie wątroby (jakie?)	<i>Bronchitis</i>	Zapalenie oskrzeli
Frequent tonsillitis	Częste zapalenie migdałków	<i>Chickenpox (Varicella)</i>	Ospa wietrzna
Mumps	Świnka	<i>Otitis</i>	Zapalenie ucha
Scarlet fever (Scarlatina)	Szkarlatyna	<i>Malaria</i>	Malaria
Encephalitis	Zapalenie opon mózgowych	<i>Pneumococcal infection</i>	Infekcja pneumokokami
Sinusitis	Zapalenie zatok	<i>Staphylococcal infection</i>	Infekcja gronkowcem złocistym
Rubella (German measles)	Różyczka	<i>Streptococcal infection</i>	Infekcja paciorkowcem
Other, please specify:		Inne, proszę sprecyzować:	
Please provide a brief history/explanation regarding above and whether they have left any lasting complications:		Proszę opisać historię choroby, jeśli któraś z powyższych infekcji spowodowała dalsze powikłania:	
Does the participant have any recurring medical problems or chronic conditions? Please tick any that apply:		Czy uczestnik ma nawracające lub chroniczne problemy ze zdrowiem? Proszę zaznaczyć właściwe:	
Anemia/blood disorder	Anemia/choroby krwi	Mental health concern	Zaburzenia psychiczne
Eating disorder	Zaburzenia jedzenia	Neurological concerns	Zaburzenia neurologiczne

HIV	HIV	<i>Cardiovascular disease</i>	Choroby układu krążenia
Migraines / headaches	Migreny/bóle głowy	<i>Eye disease</i> *	Wady wzroku*
Asthma	Astma	Anxiety	Lęk
Endocrine disorder	Zaburzenia hormonalne	Seizure disorder	Napady/ataki
Kidney disease	Choroby nerek	Heart murmur	Szmery serca
Mobility limitations	Ograniczenia ruchowe	Gastrointestinal disease	Choroby gastologiczne
Autism/Asperger's Syndrome	Autyzm/zespół Aspergera	Depression	Depresja
Diabetes	Cukrzyca	<i>Sleep disorder</i>	Zaburzenia snu
<i>Learning disability</i>	Trudności w uczeniu	<i>Hypertension</i>	Nadciśnienie
<i>Musculoskeletal problems</i>	Problemy kostno-szkieletowe	<i>Hearing problems</i>	Problemy ze słuchem
<i>Autoimmune disorder</i>	Choroby autoimmunologiczne	<i>Psychotic illness</i>	Zaburzenia psychotyczne
<i>Thyroid disease</i>	Choroby tarczycy	<i>Tuberculosis</i>	Gruźlica
Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD/ADD)	Zespół nadpobudliwości psycho-ruchowej		
Other, please specify:	Inne, proszę sprecyzować:		
*If you wear glasses or contact lenses, please bring a copy of your prescription to the programme.	*Jeśli nosisz okulary lub soczewki kontaktowe, proszę zabrać kopię recepty na program.		
Please specify if there is anything that the programme staff should be aware of relating to any of the above:	Proszę doprecyzować, czy jest coś o czym powinni wiedzieć organizatorzy programu, biorąc pod uwagę powyższe informacje:		
Is there any family history of the following? Please tick:	Czy w rodzinie występowały któreś z poniższych? Proszę zaznaczyć:		
Allergies or asthma	Alergie lub astma		
Epilepsy	Padaczka		
Hypertension	Nadciśnienie		
Migraines / headaches	Migreny/bóle głowy		
Diabetes	Cukrzyca		
Heart disease	Choroby serca		
Mental health problems	Problemy ze zdrowiem psychicznym		
Skin diseases	Choroby skóry		
Other, please specify:	Inne, jakie:		
Please specify if there is anything that the programme staff should be aware of relating to any of the above:	Proszę doprecyzować, czy jest coś o czym powinni wiedzieć organizatorzy, biorąc pod uwagę powyższe informacje:		

STRONA 4

In the past 5 years, has the participant ever been a hospital patient for any other condition?	Czy w ciągu ostatnich 5 lat, uczestnik przebywał w szpitalu z powodu jakiegokolwiek innej choroby?
Date	Data
Diagnosis	Diagnoza
Details	Szczegóły
For Female Participants:	Dla uczestników płci żeńskiej
Has the participant started menstruating?	Czy uczestniczka zaczęła miesiączkować?
If yes, is there any menstrual disorder?	Czy są jakieś zaburzenia miesiączkowania?

What medication can be given for menstrual pain / dysmenorrhea?:	Jakie leki mogą zostać podane na wypadek bólów menstruacyjnych?
Is the participant pregnant or is there a possibility that she may be pregnant?	Czy uczestniczka jest w ciąży, lub czy istnieje możliwość, że jest w ciąży?
Immunizations:	Szczepionki:
Please provide information on immunizations received:	Proszę podać informacje na temat przyjętych szczepionek:
Immunization	Szczepionka (rodzaj)
Date of inoculation or most recent booster	Data szczepienia lub ostatnia dawka przypominająca
DPT (Diphtheria, Pertussis, Tetanus)	Skojarzona: błonica, krztusiec, tężec
MMR (Measles, Mumps, Rubella)	Skojarzona: odra, świnka, różyczka
Polio	Polio
Hepatitis A	WZW typu A
Measles	Odra
Hepatitis B	WZW typu B
Chickenpox	Ospa wietrzna
Influenza	Grypa
Meningococcal	Meningokoki
Pneumococcal	Pneumokoki
Tetanus	Tężec
Other, please specify:	Inne, proszę sprecyzować:
Has the participant received all the necessary immunizations for travel to your host nation?	Czy uczestnik otrzymał wszystkie wymagane szczepienia dla kraju do którego się udaje?
Please give details below:	Proszę podać szczegóły poniżej:
PART D: CERTIFICATION	CZĘŚĆ D: ZAŚWIADCZENIE
I certify that all responses made on this form are true, accurate and complete, and I will notify CISV International of any relevant changes that may occur prior to or during my international programme. I have included in this form, advised my CISV Chapter, my delegation Leader and the programme host Staff of any special needs or assistance that I/the participant may have relating to my/the participant's physical and mental health. I am aware that if I do not provide complete information, this may cause hardship and concern to others and may affect my/the participant's own welfare. I understand that if I do not provide complete information, CISV may decide to send me/the participant home from the programme at my/the participant's own expense.	Oświadczam, że wszystkie podane odpowiedzi są prawdziwe, dokładne i kompletne i że poinformuję CISV International jeśli nastąpią jakieś istotne zmiany przed i w trakcie programu. Zawarłem w tym formularzu wszystkie specjalne potrzeby lub pomoce, jakie poradził mi mój oddział CISV, lider delegacji i organizatorzy programu, które ja / uczestnik może mieć w związku ze zdrowiem fizycznym i psychicznym moim/uczestnika. Jestem świadomy, że jeśli nie dostarczę pełnych informacji, może to spowodować trudności, dotyczyć innych i może wpłynąć na moje własne dobro lub dobro uczestnika. Rozumiem, że jeśli nie dostarczę pełnych informacji, CISV może zdecydować o wysłaniu mnie / uczestnika do domu z programu na mój własny koszt/własny koszt uczestnika.
I consent to the release of medical information to CISV International or its agents so that they may provide me with needed assistance. I further agree that CISV International or its agents may release information to other persons who may need this information to assist me/the participant or to assist	Zgadzam się na udostępnienie informacji medycznych CISV International lub ich przedstawicielom, w razie konieczności zapewnienia mi potrzebnej pomocy. Zgadzam się również, aby CISV International i ich przedstawiciele udostępniali te informacje osobom trzecim, które mogą

others in the programme. I understand and agree that this form may be released to the host Chapter or Programme Director for such purposes.	potrzebować tych informacji, aby pomóc mnie/uczestnikowi lub innym uczestnikom programu. Rozumiem i zgadzam się, że ten formularz zostanie udostępniony oddziałowi lub dyrektorowi programu w powyższym celu.
Signature of Participant/Junior Counsellor (age 16+)/ Adult Leader or Staff:	Podpis uczestnika/Junior Counsellor w wieku 16+/dorosłego lidera lub organizatora:
Signature of Parent/Guardian of Participant/ Junior Counsellor under age 18:	Podpis rodzica/prawnego opiekuna uczestnika/ Junior Counsellor w wieku powyżej 18 lat:
Date	Data

STRONA 5

PART E: PHYSICIAN'S DECLARATION CONCERNING CISV PARTICIPANT	CZĘŚĆ E: DEKLARACJA LEKARZA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA CISV
TO THE PHYSICIAN: The participant will take part in a CISV International programme. Please consider the participant's general physical fitness and mental health in relation to the general requirements of programme participation as will be explained to you by the participant or his/her parent/guardian. Please review the health information entered in Parts A, B and C and any other information you have available to you regarding the participant's medical history. This may include a physical examination if considered appropriate. Please discuss with the participant any medical advice and vaccinations necessary for travel to the host country. The signing physician is responsible only for information entered in Part E of this form.	DO LEKARZA: Uczestnik będzie brał udział w międzynarodowym programie CISV. Proszę wziąć pod uwagę generalną kondycję fizyczną uczestnika i zdrowie psychiczne w odniesieniu do generalnych oczekiwań uczestnictwa w programie, które zostaną przedstawione przez uczestnika, lub jego opiekunów. Proszę przejrzeć informacje zdrowotne uzupełnione w częściach A, B i C oraz pozostałe dostępne informacje na temat historii choroby pacjenta. Może to oznaczać konieczność przeprowadzenia badania fizykalnego, jeśli zostanie ono uznane za konieczne. Proszę przedyskutować z uczestnikiem wszelkie zalecenia medyczne i konieczne szczepionki dotyczące kraju w którym ma odbyć się program. Lekarz podpisujący dokument jest odpowiedzialny tylko i wyłącznie za informacje zawarte w części E tego dokumentu.
I am / Nie jestem the participant's primary care physician.	Jestem lekarzem pierwszego kontaktu uczestnika.
I have reviewed the information provided above and verify it is consistent with the information available to me about the participant's medical history:	Przejrzałem/am informacje wpisane powyżej i potwierdzam, że są one zgodne z dostępnymi mi informacjami na temat historii choroby uczestnika.
I have no information on or knowledge of the participant's medical history beyond what the participant has shown me in the above sections of this form	Nie posiadam żadnych informacji lub wiedzy na temat historii choroby uczestnika, poza tą przedstawioną w poprzednich częściach tego formularza.
Comments:	Komentarze:
The participant appears to be physically and mentally fit for travel to and participation in the CISV International programme:	Uczestnik wygląda na osobę fizycznie i psychicznie zdolną do uczestnictwa w programie CISV International
Physical examination performed:	Badanie przeprowadzono:
Additional comments / relevant examination findings:	Dodatkowe komentarze/istotne wyniki badania:

Is there any apparent evidence of alcohol and/or drug abuse?	Czy widoczne są jakiegokolwiek oznaki uzależnienia od alkoholu lub narkotyków?
Is there any apparent evidence of infectious disorders or diseases?	Czy widoczne są jakiegokolwiek oznaki zaburzeń lub chorób zakaźnych?
This participant may take part in all activities with the following restrictions or recommendations:	Ten uczestnik może brać udział we wszystkich zajęciach i aktywnościach z uwzględnieniem poniższych zastrzeżeń lub zaleceń:
None	Żadnych
Details on limitation of participation (if any):	Szczegóły dotyczące ograniczeń w uczestnictwie (jeśli takie są):
TRAVEL MEDICINE	MEDYCYNA PODRÓŻY
The participant has received appropriate advice on travel health relevant to travel to the host nation:	Uczestnik otrzymał stosowne porady na temat zdrowia podczas podróży do kraju organizującego program:
The participant has received all recommended immunizations for travel to the host nation:	Uczestnik otrzymał wszystkie szczepienia potrzebne do podróży do kraju organizującego program:
The participant is receiving malaria prophylaxis for travel to the host nation (if necessary):	Uczestnik stosuje profilaktykę przeciwko malarii (jeśli jest konieczna):
I certify that all information entered on this page of this form is true and accurate to the best of my professional knowledge.	Zaświadczam, że wszystkie informacje umieszczone na tej stronie formularza są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą zawodową.
Signature of Examining Physician:	Podpis lekarza przeprowadzającego badanie:
Name of Examining Physician:	Imię i nazwisko lekarza przeprowadzającego badanie:
Contact details of Examining Physician:	Dane kontaktowe lekarza przeprowadzającego badanie
Date:	Data:
Physician's Stamp or Business Card here [Optional]:	Pieczętka lub wizytówka lekarza [Opcjonalnie]