

Formularz Medyczny

Medical Report

Wypełnia lekarz prowadzący - dokumentacji nie mogą wypełniać członkowie rodziny
To be completed by your Doctor - Relatives may not complete this report

Uczestnik programu Au Pair in America będzie przebywać przez dłuższy czas z dziećmi w domu rodziny goszczącej. Z tego względu prosimy o udzielenie pełnej informacji odnoszącej się do stanu zdrowia uczestnika oraz jego ewentualnego obciążonego wywiadu rodzinnego. Zastrzegamy, że zatajenie lub zafałszowanie jakichkolwiek informacji dotyczących przypadłości fizycznych, psychicznych lub emocjonalnych uczestnika może skutkować wycofaniem go z programu.

As an Au Pair in America, the applicant will be living for an extended period of time in the home of a family with young children. It is therefore important that we are advised of any physical, mental or emotional health problems or family history issues which may have an impact on the applicant's ability to carry out their duties appropriately. Please note that withholding or falsifying any information may result in the applicant being withdrawn from the program.

Czy ma Pan/Pani dostęp do pełnej historii medycznej pacjenta? Do you have access to the patient's full medical history?

☐ Tak / Yes ☐ Nie / No **Od jak dawna zna Pan/Pani pacjenta?** How long have you known the patient? _____

Kiedy odbyła się ostatnia wizyta pacjenta? What date was the patient's last medical appointment? _____ / Nieznana / Unknown

Jaki był powód wizyty? (proszę zaznaczyć) What was the reason? (please tick below)

- ☐ Coroczna wizyta / Annual visit ☐ Drobnny problem medyczny/choroba / Minor medical concern/illness
☐ Przewlekłe schorzenie / Chronic condition ☐ Inne (proszę opisać) / Other (please describe) _____

Proszę zaznaczyć odpowiednie pole, jeżeli występują nieprawidłowości w wymienionych organach/układach:

Tick the appropriate box if there are any abnormalities to the following systems:

- | | |
|--|---|
| ☐ Uszy, nos i gardło / Ears, nose and throat | ☐ Oczy / Eyes |
| ☐ Układ moczowo-płciowy / Genitourinary | ☐ Skóra / Skin |
| ☐ Mózg, układ nerwowy / Brain, nervous system | ☐ Układ pokarmowy / Gastrointestinal |
| ☐ Zaburzenia neuropsychiatryczne / Neuropsychiatric | ☐ Układ oddechowy/płuca / Respiratory system/lungs |
| ☐ Układ sercowo-naczyniowy / Cardiovascular | ☐ Układ mięśniowo-szkieletowy / Musculoskeletal |
| ☐ Choroby metaboliczne / Metabolic | ☐ Inne / Other |

Jeśli zaznaczył/a Pan/Pani którekolwiek z powyższych punktów, proszę podać szczegóły obejmujące daty, leczenie i wymagane leki:

If you have ticked any of the above, please provide details including dates, treatment and medication required:

Czy zgodnie z posiadanymi przez Pana/Panią informacjami, aplikant jest potencjalnym nosicielem jakiejkolwiek choroby zakaźnej, takiej jak zapalenie wątroby typu B lub C lub też wirusa HIV? (Aplikant nie musi mieć robionych testów) Is the applicant, to the best of your knowledge a likely carrier of any infectious disease, such as Hepatitis B or C, or the HIV virus? (The applicant does not need to be tested)

☐ Tak / Yes ☐ Nie / No

Czy zauważył Pan/Pani zmiany w wadze lub nawykach żywieniowych aplikanta, które mogłyby wskazywać na zaburzenia odżywiania? Have you noticed any changes in weight or eating habits of the applicant that may indicate an eating disorder?

☐ Tak / Yes ☐ Nie / No

Czy aplikant był kiedykolwiek hospitalizowany lub przeszedł operację, w tym operację plastyczną?

Has the applicant ever been hospitalised or had surgery, including cosmetic surgery?

☐ Tak / Yes ☐ Nie / No

Czy aplikant jest lub był kiedykolwiek leczony, szukał porady lub przyjmował leki w związku z chorobami na tle nerwowym, zaburzeniami odżywiania, depresją lub problemami emocjonalnymi? Is the applicant currently or has the applicant ever been treated/counselled or received medication for a nervous condition, eating disorder, depression or emotional problem?

☐ Tak / Yes ☐ Nie / No

Jeśli odpowiedź na którekolwiek z powyższych pytań brzmi „tak”, proszę podać szczegółowe informacje obejmujące daty, leczenie i wymagane leki:

If you have answered 'yes' to any of the above, please provide details including dates, treatment and medication required:

Proszę wykorzystać wolne miejsce poniżej na komentarz dotyczący obecnego stanu emocjonalnego aplikanta z uwzględnieniem wszystkich istotnych informacji:

Please use this space to comment on the applicant's current emotional wellbeing and provide any other relevant information:

Po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną, proszę wyrazić swoją opinię na temat ogólnego stanu zdrowia uczestnika:
After having reviewed the applicant's medical notes, please give your opinion on the applicant's general state of health:

☐ Bardzo dobry / Excellent

☐ Dobry / Good

☐ Zadowalający / Fair

☐ Zły / Poor

Imię i nazwisko lekarza / Name of Doctor _____

Adres / Address _____

Numer telefonu / Telephone _____

Pieczęć lekarza lub placówki medycznej / Please add your Doctor's or Medical Practice stamp below

Potwierdzam niniejszym, że dokonałem/am oceny stanu zdrowia ☐ i/lub zapoznałem/am się z notatkami lekarskimi ☐ (zaznaczyć jeśli dotyczy) dotyczącymi wyżej wymienionego aplikanta i na tej podstawie uznaję aplikanta za osobę zdolną do wzięcia udziału w programie Au Pair in America.

I have examined ☐ and/or reviewed medical notes of ☐ (tick if applicable) the above named applicant and I find them to be capable of benefitting from and fully participating in an Au Pair in America program.

Czy porozumiewa się Pan/Pani w języku angielskim? Do you speak English? ☐ Tak / Yes ☐ Nie / No

Jeśli nie, czy zrozumiał/a Pan/Pani wszystkie pytania zawarte w tym formularzu?

If no, did you fully understand all the questions asked on this form?

☐ Tak / Yes

☐ Nie / No

Podpis lekarza / Doctor's Signature: _____ Data / Date: _____

Imię i nazwisko aplikanta
Applicant Name

Karta uodpornienia

Vaccination Record

Wypełnia lekarz prowadzący - dokumentacji nie mogą wypełniać członkowie rodziny
To be completed by your Doctor - Relatives may not complete this report

Wymogiem programu Au Pair in America jest zaszczepienie się przeciwko wybranym chorobom zakaźnym. Proszę o podanie poniżej informacji na temat przebytych szczepień uczestnika.

It is an Au Pair in America program requirement for the applicant to be immunized against certain diseases. Please provide the vaccination history for this applicant below.

Potwierdzam, że uczestnik został zaszczepiony przeciwko następującym chorobom:
Please confirm the applicant is immunized against the following:

Tężec / Tetanus	☐ Tak / Yes	Data / Date _____
Odra / Measles	☐ Tak / Yes	Data / Date _____
Świnka / Mumps	☐ Tak / Yes	Data / Date _____
Różyczka / Rubella (German Measles)	☐ Tak / Yes	Data / Date _____

Gruźlica / Tuberculosis

- Jest to obowiązkowe dla aplikantów z Brazylii, Chin, Kenii, Mozambiku, Nigerii, RPA, Rosji, Tajlandii, Ugandy i Zimbabwe. Jest to wysoce zalecane dla kandydatów z innych krajów.**

This is mandatory for applicants from Brazil, China, Kenya, Mozambique, Nigeria, South Africa, Russia, Thailand, Uganda, Zimbabwe. It is highly recommended for applicants from other countries.

Szczepienie przeciw gruźlicy (BCG) / BCG immunization	LUB / OR	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	
Próba tuberkulinowa Mantoux / Mantoux test	LUB / OR	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
	Wynik / Result:	☐ Dodatni / Positive	☐ Ujemny / Negative	
Zdjęcie RTG klatki piersiowej / Chest X Ray		☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
	Wynik / Result:	☐ Prawidłowy / Clear	☐ Nieprawidłowy / Not clear	

Uwaga: w przypadku dodatniego wyniku badań (jeśli aplikant nie został zaszczepiony przeciwko gruźlicy) wymagana jest kopia aktualnego zdjęcia RTG klatki piersiowej.

Please note: positive test results (unless the applicant was immunized against TB) will require a copy of a recent chest x-ray

Nieobowiązkowe, ale wysoce zalecane szczepienia ochronne.

The following immunizations are highly recommended but not required:

Szczepienie przeciw grypie / Flu vaccine	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Ospa / Small Pox	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Dur brzuszny / Typhoid	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Zapalenie wątroby typu B / Hepatitis B	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Błonica / Diphtheria	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Poliomyelitis / Polio	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych /	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Meningitis	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Ospa wietrzna – jeśli wcześniej nie przeżyto zakażenia /	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No
Chickenpox – if not previously suffered from	☐ Tak / Yes	Data / Date _____	☐ Nie / No

Krztusiec / Whooping Cough

Jeżeli do obowiązków aplikanta będzie należeć opieka nad niemowlęciem do 6 miesiąca życia, szczepienie przeciw krztuścowi jest obowiązkowe. Potwierdzam, że uczestnik został poddany szczepieniu:

If the applicant is placed with a Host Family that requires the care of a baby under the age of 6 months, the applicant will be required to be immunized against Whooping Cough. Please confirm if the applicant is immunized:

Krztusiec (DPT/DTaP/Tdap) / Whooping Cough (DPT/DTaP/Tdap) ☐ Tak / Yes Data / Date _____ ☐ Nie / No

Covid-19 / Covid-19

Czy aplikant został już zaszczepiony przeciw Covid-19? Has the applicant been vaccinated against Covid-19?

☐ Tak - pierwsza dawka / Yes - first dose Data / Date _____

☐ Tak - druga dawka / Yes - second dose Data / Date _____

☐ Nie / No

Prosimy o podanie nazwy przyjętej szczepionki: Please specify which vaccination they received: _____

Imię i nazwisko lekarza / Name of Doctor _____

Adres / Address _____

Numer telefonu / Telephone _____

Pieczęć lekarza lub placówki medycznej / Please add your Doctor's or Medical Practice stamp below

Czy porozumiewa się Pan/Pani w języku angielskim? Do you speak English? ☐ Tak / Yes ☐ Nie / No

Jeśli nie, czy zrozumiał/a Pan/Pani wszystkie pytania zawarte w tym formularzu?

If no, did you fully understand all the questions asked on this form?

☐ Tak / Yes ☐ Nie / No

Podpis lekarza / Doctor's Signature: _____ Data / Date: _____