

ADMISSIONS HEALTH EXAMINATION

Telephone: +7 (495) 231- 4486
 Fax: +7 (495) 231- 4476
 E-mail: admissions@aas.ru
 Website: www.aas.ru

CONFIDENTIAL

Student's Name: _____ Date of Birth: _____
Day / Month / Year

Please check any history of the following:

<input type="checkbox"/>	Allergy (food, drug, environmental, tape)	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Heart condition/Hypertension
<input type="checkbox"/>	Behavioural problems	<input type="checkbox"/>	Head/Neck injury	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Hearing/Vision problems	<input type="checkbox"/>	Seizures/Epilepsy	<input type="checkbox"/>	Stomach/Digestive problems
<input type="checkbox"/>	Kidney/Bladder disorders	<input type="checkbox"/>	Blood disorders	<input type="checkbox"/>	Bone/Joint disorders
<input type="checkbox"/>	Concussion/Unconsciousness	<input type="checkbox"/>	Sport related injuries	<input type="checkbox"/>	Speech difficulties
<input type="checkbox"/>	Chest pain/dizziness while exercising	<input type="checkbox"/>	Heat or cold related injuries	<input type="checkbox"/>	Headaches
<input type="checkbox"/>	Skin problems	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>	

Please explain any areas checked above: _____

Significant past illness, injuries or operations: _____

Medication or special diets: _____

Required Immunizations *(please provide copy of original immunization document)*

- 4 DPT's or DT's (Diphtheria, Tetanus, Pertussis) – one booster between ages of 4-6 years
- 1 DTP or DTap dose (Diphtheria, Tetanus, Pertussis) – between 11-12 years.
- Td (tetanus-diphtheria) - booster shot every 10 years.
- 4 OPV's or IVP's (Polio) – one booster after 4 years
- 2 MMR's (Measles, Mumps and Rubella) – one after 12 months and a second booster between 4-6 years
- HIB series (Haemophilus Influenza Type B) – under 5 year of age
- Tuberculosis test with negative results (up to 12 months) prior to starting school and every other year thereafter
- Chest x-ray required if Tuberculosis test positive
- Physical exam every 2 years

Strongly recommended

- Hepatitis A & B, Pneumococcal, Meningococcal and Chicken Pox vaccines strongly recommended

Physical Examination:

Height: _____ Weight: _____ BP: _____ Pulse Rate: _____ Urinalysis _____

Vision (without glasses): R _____ / _____ L _____ / _____ Hearing: R _____ L _____

Vision (with glasses): R _____ / _____ L _____ / _____ Audiogram/Tympanogram _____

	Normal	Abnormal	Not Examined	Comments
Eyes				
Ears, Nose, Throat				
Mouth & Teeth				
Neck (soft tissue)				
Cardiovascular				
Abdomen				
Genitalia-hernia				
Sexual maturity				
Skin & Lymphatics				
Neck & Spine				
Shoulders				
Arms & Hands				
Hips & Thighs				
Knees, Feet & Ankles				
Neurological				

_____ No history or physical findings on this exam would prohibit this student from participating in team sports.

Recommendations & comments: _____

Immunizations given at this visit: _____

Physician's name *(print)* _____ Signature _____ Date _____

Address: _____

**ПРИЕМНАЯ КОМИССИЯ
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР**
(Заполняется врачом, медсестрой или фельдшером)

Телефон: +7 (495) 231- 4486
Факс: +7 (495) 231- 4476
E-mail: admissions@aas.ru
Сайт: www.aas.ru

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

Имя и фамилия учащегося: _____ Дата рождения: _____

Пожалуйста, отметьте при наличии _____ День / Месяц/ Год

аллергия (на пищевые продукты, лекарства и т.д.)	нарушения слуха/зрения	спортивные травмы
нарушения функции почек / мочевого пузыря	сотрясение мозга/потеря сознания	диабет
заболевания крови	боли в груди или головокружения при физических упражнениях	головные боли
ожоги или обморожения	проблемы с кожей	поведенческие проблемы
сердечная патология / повышенное артериальное давление	астма	проблемы с речью
проблемы с желудочно-кишечным трактом	травмы головы / шеи	другое
патология костной системы / суставов	судороги / эпилепсия	

Пожалуйста, дайте более подробную информацию о заболеваниях и патологии, отмеченных выше:

Серьёзные заболевания, травмы или операции, перенесенные в прошлом: _____

Необходимые лекарственные препараты или специальная диета: _____

Необходимые прививки (следует предъявить копии оригинальных документов)

- 4 DPT's или DTap's – дифтерия, коклюш, столбняк (АКДС) или дифтерия, столбняк (АДС) – последняя ревакцинация в возрасте от 4 до 6 лет
- 1 DPT's или DTap's – дифтерия, коклюш, столбняк (АКДС) или дифтерия, столбняк (АДС) – последняя ревакцинация в возрасте от 11 до 12 лет.
- Ревакцинация от столбняка и дифтерии каждые 10 лет
- 4 OPV's or IVP's (Полиомиелит) – одна после 4 лет
- 2 MMR's (вакцинация от кори, паротита и краснухи) – одна после года, вторая в возрасте от 4 до 6 лет
- Гемофилус В (грипп типа В) – до 5 лет
- Реакция Манту – перед школой и каждый последующий год (при отрицательном результате реакции Манту до года)
- Рентгеновское обследование при положительной реакции Манту
- Диспансеризация каждые 2 года
- Настоятельно рекомендуется провести вакцинацию против гепатита А и Б, ветряной оспы, пневмококковой и менингококковой инфекции.

Медицинский осмотр (проводится врачом, медсестрой или фельдшером)

Рост _____ Вес _____ Артериальное давления _____ Пульс _____ Анализ мочи _____

Зрение (без очков): правый глаз _____, левый глаз _____ Слух: правое ухо _____, левое ухо _____

Зрение (в очках): правый глаз _____, левый глаз _____ Аудиограмма/Тимпанограмма _____

	Норма	Патология	Не осматривался	Комментарии
Глаза				
Ухо, горло, нос				
Ротовая полость, зубы				
Шея (мягкие ткани)				
Сердечно-сосудистая система				
Живот				
Гениталии/ Паховая грыжа				
Половая зрелость				
Кожа и лимфатические узлы				
Шея и позвоночник				
Плечи				
Кисти и предплечья				
Таз и бедра				
Колени, голени, лодыжки, стопы				
Неврологический статус				

_____ Никакие хронические заболевания или отклонения, выявленные в ходе данного осмотра, не являются препятствием для участия учащегося в командных видах спорта.

Рекомендации и комментарии _____

Прививки, сделанные во время данного осмотра _____

Фамилия врача _____ Подпись _____ Дата _____

Адрес _____

М.П.