



***Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i przesłanie do organizatora wyjazdu.***

Prosimy o poniższe informacje po to aby mieć informacje o ewentualnych zagrożeniach dla Państwa zdrowia wcześniej, zanim pojawiło by się to zagrożenie w czasie akcji górskiej. Jednocześnie w przypadku zachowania lub wypadku w górach, nasz personel będzie miał pod ręką ważne z punktu widzenia pierwszej pomocy medycznej informacje.

Będziemy te informacje zachowywać jako poufne. Udostępnimy je tylko naszym pracownikom, oraz odpowiednim pracownikom personelu medycznego. Formularz będzie przechowywany w trakcie całego wyjazdu, po czym zostanie zniszczony.

## Informacje ogólne

|                    |   |
|--------------------|---|
| Imię i nazwisko    |   |
| Płeć               | Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> |
| Adres              |   |
| Miasto             | Kraj: Poland  |
| Kod pocztowy (Zip) |   |
| Wiek w latach      |   |
| Wzrost             | Waga  |
| Ciśnienie krwi     | Grupa krwi  |

## Historia medyczna

Proszę wymienić wszystkie aktualnie zażywane leki na receptę, suplementy i inne. Jeśli konieczne proszę użyć dodatkowej kartki.

| Nazwa specyfiku | Dawka | Częstotliwość | Efekty uboczne | Powody zażywania |
|-----------------|-------|---------------|----------------|------------------|
|                 |       |               |                |                  |
|                 |       |               |                |                  |
|                 |       |               |                |                  |
|                 |       |               |                |                  |

- Obecne choroby? \_\_\_\_\_
- Wypadki, operacje, hospitalizacja? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Obecna ekspozycja na choroby zakaźne? \_\_\_\_\_
- WZW czy inne choroby wątroby?    Tak     Nie
- Astma?                                    Tak  Nie     Jeśli tak, wymienić leki powyżej.
- Cukrzyca ?                                Tak  Nie     Jeśli tak, wymienić leki powyżej.
- Ograniczenia żywieniowe?    Tak  Nie

- Wegetarianizm? Tak  Nie
- Uczulenie na penicylinę, czy inne specyfiki medyczne? Tak  Nie  Jeśli tak proszę wymienić \_\_\_\_\_
- Przypadki wysokiego ciśnienia krwi? Tak  Nie  Jeśli tak, proszę opisać na oddzielnym arkuszu.
- Problemy z widzeniem lub choroby oczu? Tak  Nie  Jeśli masz przypisane okulary czy soczewki, sugerujemy zabrać zapasową parę.
- Problemy ze słyszeniem? Tak  Nie  Jeśli tak proszę opisać \_\_\_\_\_
- Choroby i urazy mięśni, więzadeł lub kości? Tak  Nie  Jeśli tak proszę opisać : \_\_\_\_\_
- Przypadek utraty przytomności? Tak  Nie  Jeśli tak proszę opisać sytuację na odrębnym arkuszu.
- Przypadek choroby wysokościowej? Tak  Nie  Jeśli tak proszę opisać na odrębnym arkuszu.
- Jakikolwiek inne dolegliwości czy choroby mogące mieć wpływ na udział w programie wyjazdu? Tak  Nie  Jeśli tak, proszę wymienić \_\_\_\_\_

Trekkingi i wyprawy górskie wymagają zwykle zwiększonego wysiłku fizycznego, wytrzymałości i przygotowania psychicznego. Ponadto często odbywają się z dala od siedzib ludzkich, szpitali, ambulatoriów i nieraz możliwości szybkiej pomocy medycznej. Jeśli występują u Ciebie jakieś ograniczenia związane z działaniem w takich okolicznościach prosimy o ich dokładne opisanie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Tęžec. Ze względu na spore zagrożenie zakażeniem dla osób działających w terenie górskim i outdoor, zdecydowanie zalecamy posiadanie aktualnego szczepienia przeciw tężcowi. Wpisać datę ostatniego szczepienia lub dawki przypominającej: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Ostatnie badanie lekarskie

Podać datę ostatniego badania lekarskiego: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Prosimy o natychmiastowe przekazanie informacji do prowadzącego wyjazd o wszelkich istotnych informacjach na temat zmian Twojego stanu zdrowia.**

Nazwa wyjazdu: \_\_\_\_\_

Termin wyjazdu: \_\_\_\_\_

Podpis (wymagany): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_