

Medical Report: Section B (in Ukrainian)

Медичний Звіт: Секція Б

Функціональна довідка, Особиста інформація та Декларація заявника

Заявник (або опікун) мусить відповісти в присутності обстежуючого лікаря.

ЯКЩО ВИ ВІДПОВІСТЕ "ТАК" НА БУДЬ-ЯКЕ З НАСТУПНИХ ПИТАНЬ, ТО ПОДАЙТЕ ДЕТАЛІ, ВКЛЮЧАЮЧИ ДАТИ.

ЧИ ВИ КОЛИ НЕ-БУДЬ МАЛИ, АБО ВАМ БУЛО НЕОБХІДНО:

Вкажіть деталі внизу, при необхідності продовжуйте на звороті.

1. Операція або лікування в лікарні з будь-якої причини?	Hi	Так ▶
2. Конвульсії, затемнення пам'яті, втрата свідомості, приступи або епілепсія?	Hi	Так ▶
3. Тривога, депресія, або нервові проблеми, що вимагали лікування?	Hi	Так ▶
4. Високий тиск крові, будь-які проблеми із серцем, хронічний кашель, задишка або біль у грудях?	Hi	Так ▶
5. Періодичний або хронічний біль в шиї, спині, або будь-якому суглобі достатньо сильний, щоб заважити вашій роботі або нормальній життєвій діяльності?	Hi	Так ▶
6. Проблеми із травленням, болі в шлунку, печія, кров у калі, хронічна діарея?	Hi	Так ▶
7. Туберкульоз, хвороби що передаються сексуальним шляхом, або інші інфекційні хвороби що тривали більше ніж 3 тижні?	Hi	Так ▶
8. Історія жовтяниці або гепатиту, включаючи вас чи будь-кого із ваших близьких родичів?	Hi	Так ▶
9. Історія хвороби нирок або сечового міхура чи скарги на біль?	Hi	Так ▶
10. Діабет або історія цукру в сечі?	Hi	Так ▶
11. Будь-які інші захворювання, ушкодження або медичні потреби, що тривали довше 3-х тижнів, або стан здоров'я, що періодично повторюється і попередньо не вказаний? Будь-яка непередбачена втрата ваги?	Hi	Так ▶
12. Чи ви на даний момент приймаєте будь-які таблетки, медикаменти або проходитье медичне лікування?	Hi	Так ▶
13. Чи мали ви коли-небудь згубну схильність до алкоголю або ліків/наркотиків, або приймали ліки/наркотики нелегально?	Hi	Так ▶
14. Чи ваші результати тесту коли-небудь вказували на присутність ВІЛ (вірус імунодефіциту), або вам було сказано, що у вас підозрюють СНІД, ВІЛ інфекцію, або будь-яке порушення імунітету?	Hi	Так ▶
15. Чи знаходитеся ви на інвалідній групі або отримуєте пенсію з медичних чи психологічних причин?	Hi	Так ▶
16. Аутизм, розумова відсталість, відсталість у розвитку, інші фізичні або ментальні вади чи пошкодження, що впливають на ваші можливості функціонувати незалежно на даний момент або в майбутньому?	Hi	Так ▶
17. Чи отримували ви медичне, психологічне, пов'язане з алкоголем, чи будь-яке інше лікування за минулі 5 років?	Hi	Так ▶
18. Чи ви вагітні? Якщо так, то коли ви чекаєте на пологи?	День Дата	Місяць Рік
19. В минулому, чи проходили ви з будь-якої причини медичне обстеження (повне або неповне) для Канадської імміграції? Якщо так, де, коли і під яким іменем?	Hi	Так ▶
Перерахуйте всі країни (із тривалістю перебування), де ви проживали протягом останніх п'яти років:		
Остання країна постійного/тривалого терміну проживання перед імміграцією до Канади:	Професії/діяльність за останні 5 років:	
Передбачувана тривалість перебування: А. ☐ постійно/тривалий час Б. ☐ тимчасово, протягом	Місяців Років 	Передбачувана професія/діяльність у Канаді:

Декларація та Уповноваження заявника (або опікуна)

Цим я декларую, що, надана мною інформація, є правдивою і повною. Я уповноважую будь-якого лікаря, лабораторію, клініку, чи лікарню надати Департаменту Громадянства та Імміграції будь-яку інформацію стосовно мого здоров'я чи медичної історії. Я також уповноважую вищевказаний Департамент надати інформацію, отриману з метою імміграційного медичного обстеження для агентств охорони здоров'я чи лікаря в Канаді, якщо це необхідно. Я засвідчую, що, надана мною інформація, є вірною.

Підпис заявника ▶

Дата
|
День
|
Місяць
|
Рік
|