



INSTRUCTIONS FOR MEDICAL EXAMINATIONS IV/DV/K-1

Dear applicant, in order to avoid waste of time and appearance several times in our office, please read carefully this guide up to the end.

Address 1:

Dr. Dritan & Dr. Elsa Muzha

U.S. Consular Office Panel Physician, Tirana
Bulevardi "Gjergj Fishta", Nd.6, H.6
Nj.Bashkiake 10, Kodi postar 1001
(8-floor tower, green color)
Tirana, Albania
Cel. (+355)-(0)68-202-4950

Address 2:

Dr. Dritan Cela

U.S. Consular Office Panel Physician, Tirana
Rr. Budi, Pall 29/6
Perballe Restorant Floga
Tirana, Albania
Cel. (+355) -(0)69-403-4487

The medical staff is not responsible for delays or circumstances that may delay or render impossible the appearance or interviewing of the applicants at the U.S consular office, where the applicant desires to acquire an immigration visa.

Please fill out this application form with your **name**, **surname** and **age**, before coming for the medical examination:

NAME	SURNAME	AGE

For many reasons, a part of the applicants come with incomplete or incorrect identification cards and vaccination cards, which needs time to be filled out. This may cause waste of time and delays for the interview at the embassy.

Thus, for your convenience, in order to avoid delays, your medical examination is scheduled in two phases:

1. **FIRST PHASE: VERIFICATION.** During this phase it will be performed the check-up of your documents (see below), and it will take place exactly two weeks before your interview date at the embassy. (So if the interview date in the envelopes that you have received from the National Visa Center, Consular Section or Kentucky Consular Center is Wednesday, then your document's submission day will be on Wednesday two weeks before the interview date.)

At this phase, according to your appointment at 9:00 to 12:00 AM (Saturday and Sunday

are days off), only the principal applicant should come (not the entire family) together with all the documents required and the vaccination cards of his own and of all other members of the family that are to be examined a week later (see below.) During this first appointment it will be given instructions about the examinations it will be checked up if the documents required are complete, it will be given recommendations over the vaccination cards and it will be fixed the exact appointment date and hour for the next week for the entire family.

Thus the applicants will have at their disposal a week-time to complete all the missing documents. At the first phase it will not be performed any medical examination.

2. **SECOND PHASE: MEDICAL EXAMINATION.** It will be performed exactly a week before the interview date, which means exactly a week after the day of the verification of your documents. (Thus according to the above example if the interview date is Wednesday and the verification phase has been performed the Wednesday two weeks before the interview date, the medical examination will take place on Wednesday - a week before the Wednesday of the interview date). At the date of your medical examination, you will appear at our office together with all the required documents as well as the entire family that will apply for an immigration visa at the exact hour that has been appointed a week ago (the medical examination is scheduled after 3.00 PM.)
If one of the above days coincides with a day-off you should call us at our mobile phone for any further explanation.

The documents that you should carry with you when you appear at both phases (verification and medical examination) include:

1. Your Passport (adults and children), (the originals and a readable photocopy for each of you to be submitted to our office);
2. Your personal vaccination card (the original and a readable photocopy for each of you to be submitted to our office);
3. Your appointment letter;
4. Instructions, that you are actually reading, filled with names and ages of the applicants that are to be examined (see first page);
5. Your personal medical declaration correctly filled out with a personal photograph attached to it. This declaration submitted to our office during the first phase;
6. Two photographs 30x40mm, for each person (not taken more than six months before, and one of them attached to the personal medical declaration);
7. Medical reports, blood tests, etc.

The medical examination will not be performed without us having the above-mentioned documents or if they are not compliant to the instructions of the U.S. Public Health Institute.

All the above-mentioned documents should be in Albanian (the originals and the photocopies) does not need to be translated or notarized.

The adult's fee (above 15 years of age) is \$120.00 (including the physical examination, the chest x-rays, the blood tests for HIV and Syphilis). The cost for children under 15 years of age is \$70.00.

During the medical examination in order to assess the health status of the applicant, further examinations may be needed. Our office is not responsible for the extra costs of these examinations. If you are aware of your medical problem or illness you may need medical reports, blood tests at first hand, in order to avoid the extra examinations. Pregnant women should have a gynecological ultrasound as well as a complete medical report from their gynecologist where the pregnancy age should be included.

The results of your medical examination will be given only to the applicant. Only the employees of the consular office may open the envelope.

After signing the DS-2053 application, you personally authorize and accept the medical examination.

The payment for the medical examination will not be refunded, whatever the results of your visa application might be.

Please respect the days and hours of your appointments. Do not travel and do not appear out of the days and hours scheduled for you.

INSTRUCTION FOR VACCINATION

According to the Act amended by the U.S Congress on September 30, 1996, any person (adult or child) who gets an interview date after July 1, 1997, on the first medical appointment would have and give all personal vaccination card, where all life long vaccination records must be presented. Valid vaccination cards are considered those submitted by health centers, and where are documented applicant's name, father's name, surname, birthday, exact vaccination and revaccinations dates. The personal vaccination card must have the health center stamp, physician's name and signature, those last have to be clearly readable.

FOR ANY REASON, if you'll not submit the vaccination card during the medical examination, you'll be considered unvaccinated. All vaccine records that the receipt dates are not written or partially written will not be considered at all.

Actually the vaccinations available in Albania are:

- | | |
|--|----------------------|
| 1) D.T.P. (Diphtheria/Tetanus/Pertussis) | 4 doses |
| 2) D.T. (Diphtheria/Tetanus) revaccination | 2 doses |
| 3) Polio. (Poliomyelitis) | 3 doses + extra dose |
| 4) Measles. | 1 dose |
| 5) H.V.B. (Hepatitis B) | 3 doses |
| 6) Rubella | 1 doses |

Some of these vaccines in Albania are not administered for all ages.

For any of these reasons:

- If you are not vaccinated;
- If you have not take the last vaccines lately arrived;
- If you do not have any document that proofs your vaccination;
- If you have partial recorded vaccination

...Before you show-up for the medical examination we suggest you to receive the first dose of any vaccine you haven't ever take or that is not documented. If you have received some of the vaccination doses or are appropriately vaccinated you must take the consecutive revaccination dose. Any of these vaccines administered must be written out on the vaccination card at the health center.

The only document that certifies your vaccination is your personal vaccination card.

No other document will be accepted. Check for the authenticity of the vaccination card. It is an official document and the person who will present it must be responsible for the authenticity. Do not allow recording of vaccinations you didn't have or that are not documented in official registers.

All vaccinations and revaccinations would be administered according to the immunization scheme approved by Albanian Public Health authorities.

Except for the vaccines mentioned above you may receive other vaccines that are not available in Albania that you might have taken them abroad.

PERSONAL MEDICAL DECLARATION

Fill out this form and place the picture before you undergo the medical examination. This form is part of your medical documentation. The form is personal and must be filled out by the person who signs it. For those who are under the 16 of age, the form will be filled out from one parent.

Photograph



Check the box YES or NO according to your health situation.

Surname

Name

Age: ____ y.o.,

Gender: M F

Education completed: minor elementary high school college

Profession: _____

Weight: _____ Kg; **Height:** _____ cm

GENERAL		
YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Illness or injury requiring hospitalization (including psychiatric)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any surgical procedure? Explain: _____

CARDIOLOGY		
YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Decease
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris (infarcts, pre-infarcts)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension (high blood pressure)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiac arrhythmia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congenital heart disease

PULMONOLOGY		
YES	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever used cigarettes (smoked)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you using cigarettes (smoking)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic obstructive pulmonary disease (emphysema).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever been ill of tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you treating tuberculosis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you ill of tuberculosis
NEUROLOGY & PSYCHIATRY		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had Stroke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizure disorder
Major impairment in learning, intelligence, self care, memory or communication		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Major mental disorder (major depression, bipolar disorder, schizophrenia, mental retardation)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Use of drugs other than those required for medical reasons
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Addiction or abuse of specific substance (drug) amphetamines, cannabis, cocaine, hallucinogens Opioids, phencyclidines, sedative-hypnotics, anxiolytics
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other substance-related disorder (including alcohol addiction or abuse)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ever taken action to end your life?
Ever caused SERIOUS injury to others, caused MAJOR property damage or had trouble with the law because of medical condition, mental disorder, or influence of alcohol or drugs		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		OBSTETRICS & SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE
YES	NO	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pregnancy? Fundal height _____ cm</p> <p>Last menstrual period date: _____ (date-month-year)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexually transmitted disease, circumcision (specify): _____ _____</p>

YES	NO	ENDOCRINOLOGY & HEMATOLOGY
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid disease
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	History of malaria

YES	NO	OTHER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malignancy (specify) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic renal disease
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronic hepatitis or other chronic liver disease
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sight problems (glasses, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	History of Varicella
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Did you ever belong to a physically disable group

YES	NO	HANSEN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HISTORY OF HANSEN <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Tuberculoid <input type="checkbox"/> Borderline <input type="checkbox"/> Lepromatous Or <input type="checkbox"/> Paubacillary <input type="checkbox"/> Multibacillary </p> <p>Treated: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visible disabilities (including loss of arms or legs (Specify): <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other requiring treatment, specify: <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had other health complains that were not explained for their causing reasons (e.g. weight loss, constant high temperature etc.) (If your answer is YES please explain) <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Military service. If not, specify: <hr/>
MARITAL STATUS		
		<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married
		<input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced

NOTE: All health problems must be documented by medical reports, blood or other medical tests, prescriptions etc.

I, THE UNDERSIGNED DECLARE THAT ALL THE INFORMATION GIVEN BY ME IS
TRUE AND NOTHING ELSE THAN THE TRUTH

Date

NAME _____

SURNAME

SIGNATURE

UDHËZIME MBI VIZITËN MJEKËSORE IV/DV

I dashur APLIKANT, për të evituar humbjen e kohës si edhe riparaqitjen tuaj, lutemi lexoni deri në fund dhe me kujdes udhëzimin.

Adresa 1:

Dr. Dritan Muzha
Bulevardi Gjergj Fishta, Kulla 1, Kati 1
(Kulla 8 katëshe, jeshile me stemë)
Tiranë, Shqipëri
Celular: (+355)-(0)68-202-4950

Adresa 2:

Dr. Dritan Cela
Rr. Budi, Pall 29/6
Perballe Restorant Floga
Tiranë, Shqipëri
Celular: (+355) -(0)69-403-4487

Personeli mjekësor nuk mban përgjegjësi për vonesat apo ngjarjet të cilat do të pengonin apo do të bënин të pamundur paraqitjen apo intervistimin e aplikantit ose aplikantëve në zyrën konsullore të SH.B.A. ku aplikanti dëshiron të paraqitet për vizë emigrimi.

Plotësoni formularin me **emrin, mbiemrin** dhe **moshën tuaj** përpara se të paraqiteni për vizitën mjekësore:

EMRI	MBIEMRI	MOSHA

Për arsyet shumta një pjesë e aplikantëve paraqiten me dokumenta identifikimi dhe kartela vaksinimi të paplotësuara dhe të parregullta të cilat kërkojnë kohë për t'u plotësuar. Kjo sjell rikthimin e tyre në rrethet përkatëse, humbjen e kohës, vonesa në datën e intervistës dhe konfuzion.

Për këtë arsyet, për lehtësinë tuaj dhe për të mos sjellë vonesa, paraqitja për vizitën mjekësore është programuar në dy faza:

3. **FAZA E PARË: VERIFIKIMI**. Kjo fazë, ku do të kryhet shikimi i dokumentacionit (shih më poshtë), do të realizohet fiks dy javë para datës së intervistës (këshu n.q.s. data e intervistës në zarfet që ju kanë ardhur nga Qendra Kombëtare e Vizave, Seksioni Konsullor apo Qendra e Lloarive bie ditën e Mërkurë, atëherë dita e paraqitjes për verifikimin e dokumentave do të jetë dita e Mërkurë e dy javëve përpara datës së intervistës.)

Në këtë fazë, sipas ditës tuaj, në orën 9:00 deri 12:00 (e Shtuna dhe e Diela janë pushim), paraqitet vetëm aplikanti kryesor (jo e gjithë familja) me të gjitha dokumentat (shih më poshtë) dhe kartelat e vaksinimit të tij dhe të personave të familjes që do të vizitohen një javë më pas. Gjatë kësaj paraqitje do të jepen udhëzime për ekzaminimet që duhet kryer, do të verifikohet rregullsia, mungesat në dokumenta, rekomandimet për vaksinim, plotësime që duhen në kartelat e vaksinimit si dhe do të përcaktohet ora e saktë e paraqitjes për vizitën mjekësore me të gjithë familjen një javë më vonë. Në këtë mënyrë do të ketë një javë kohë për plotësimet e duhura. Në fazën e parë nuk do të kryhet vizitë mjekësore.

4. **FAZA E DYTË: VIZITA MJEKËSORE**. Do të kryhet **fiks një javë** përpara datës së intervistës, gjë që do të thotë fiks një javë pas ditës së verifikimit të dokumentave (kështu nën shëmbullin e mësipërm n.q.s. data e intervistës bie ditën e Mërkurë dhe faza e parë është kryer të Mërkurën e dy javëve para intervistës, vizita mjekësore kryhet të Mërkurën e një jave para të Mërkurës së intervistës). Në ditën e vizitës mjekësore, në orën që ju është caktuar që në fazën e parë (vizitat programohen pas orës 15:00), shoqëruar me të gjitha dokumentat përkatëse do të paraqiten për vizitën mjekësore të gjithë personat e familjes që do të aplikojnë për vizë emigrimi. Në qoftë se ndonjëra nga ditët e mësipërme është ditë festë ose pushim, telefononi në numrin e celularit për sqarime.

Dokumentat që duhet të keni me vete kur të paraqiteni në të dyja fazat (Verifikimi dhe Vizita mjekësore):

8. Pasaporta (të rritur dhe fëmijë), (Origjinalin/et dhe nga një fotokopje e qartë e tyre e cila do të dorëzohet).
9. Kartelën/at personale të vaksinimit (Origjinalin/et dhe nga një fotokopje të qartë të tyre e cila do të dorëzohet).
10. Dokumentin që ju njofton datën e intervistës (Të dyja fletët).
11. Formularin që po lexoni të plotësuar nga faqja e parë me emrat dhe moshën e personave që do të vizitojen.
12. Deklaratën mjekësore personale të plotësuar saktësisht dhe të pajisuar me fotografi. Deklarata merret në zyrën tone në fazën e parë.
13. Për çdo person 2 fotografi 30x40mm gjysëm profil me (vesh të djathtë) jo më të vjetra se 6 muaj, njëra do të ngjitet në deklaratën mjekësore personale.
14. Raportet shëndetësore, epikriza, analiza, libreza shëndetësore.

Vizita mjekësore nuk do të kryhet në mungesë të dokumentave te mësipërme ose kur dokumentat mjekësore nuk janë konform instrukSIONEVE të Shërbimit të Shëndetit Publik të SH.B.A.

I gjithë dokumentacioni shqip (origjinalet dhe fotokopjet) **nuk ka** nevojë për përkthim ose noterizim.

Pagesa për të rriturit (mosha 15 vjeç e lart) është **100 Dollarë** (në këtë pagesë përfshihet ekzaminimi fizik, radiografia e gjoksit, analiza për AIDS dhe analiza për sifilis). Pagesa për fëmijët nën moshën 15 vjeç është 60 Dollarë.

Gjatë kontrollit mjekësor për të sqaruar gjëndjen shëndetësore mund të lindë nevoja për ekzaminime shtesë. Tarifat për ekzaminimet shtesë janë në ngarkim të aplikantit. N.q.s. sëmundja ose problemi shëndetësor njihet paraprakisht, për sqarim nevojiten raportet shëndetësore, epikriza, libreza shëndetësore, analiza, të cilat është mirë t'i keni me vete për të evitar riparaqitjen ose ekzaminimet shtesë. Gratë shtatzana duhet të kenë me vete ekzaminimin EKO me film dhe përshkrimin nga mjeku gjinekolog të moshës së shtatzanisë.

Rezultatet e vizitës mjekësore do t'i dorëzohen në zarf të myllur dhe të vulosur vetëm aplikantit. Hapja e zarfit bëhet **vetëm** nga nëpunësit e konsullatës përkatëse.

Me firmosjen nga ana juaj të formularit mjekësor DS-2053 ju personalisht autorizoni dhe pranoni vizitën mjekësore.

Pagesa e vizitës mjekësore nuk kthehet pavarësisht nga rezultati i aplikimit tuaj për vizë emigrimi.

Lutemi respektoni ditët dhe oraret e paraqitjes. Mos udhëtoni dhe mos u paraqisni jashtë ditëve përkatëse dhe jashtë orareve që ju janë caktuar.

UDHËZIME PËR VAKSINIMIN

Në bazë të ligjit të aprovuar nga Kongresi i Shteteve të Bashkuara të Amerikës datë 30 SHTATOR 1996, të gjithë personat (TË RRITUR DHE FËMIJË) të cilët intervistën do të kryejnë pas datës 1 KORRIK 1997, në ditën e vizitës mjekësore duhet të kenë me vete dhe do të dorëzojnë kartelat personale të vaksinimit, ku do të pasqyrohen imtësisht të gjitha vaksinat që ata kanë bërë që nga fëmijëria dhe deri në ditë e vizitës mjekësore. Kartelat e vaksinimit që pranohen të vlefshme, janë ato që lëshohen nga konsultorët dhe qendrat shëndetësore. Aty do të jenë të dokumentuara emri, atësia, mbiemri i personit, datëlindja e saktë (dita/muaji/viti), datat e sakta të vaksinimeve dhe të rivaksinimeve (dita/muaji/viti). Kartelat personale të vaksinimit do të jenë të vulosura me vulën e konsultorit/gendrës shëndetësore dhe të kenë vulën e mjekut që e lëshon këtë dokument. Vulat dhe emri i mjekut duhet të jenë të lexueshme.

PËR ÇFARËDO LLOJ ARSYEJE në qoftë se në vizitën mjekësore nuk do të paraqisni kartën personale të vaksinimit ju do të konsideroheni të pa vaksinuar. Në rast se në kartelen personale të vaksinimit janë regjistruar datat e vaksinimit vetëm për disa vaksina dhe vaksinat e tjera janë pa data (ju mund të pretendoni se janë kryer por nuk janë të dokumentuara) këto të fundit do të konsideroheni të pa kryera, pra ju do të konsideroheni të pa vaksinuar me to.

Aktualisht vaksinimet që kryhen në Shqipëri janë:

1) D.T.P. (Difteri / Tetanos / Pertuss)	4 doza
2) D.T. (Difteri / Tetanos) rivaksinim	2 doza
3) Polio (Polimielit)	3 doza + dozat ekstra
4) Fruth	1 dozë
5) H.V.B. (Verdhëza)	3 doza
6) Rubeola	1 dozë

Një pjesë e vaksinave të mësipërme në Shqipëri nuk aplikohen për të gjitha moshat.

Për këto arsyet:

- n.q.s. nuk jeni vaksinuar
- n.q.s. nuk keni kryer vaksinat që kanë ardhur vitet e fundit
- n.q.s. nuk keni dokumentacion që vërteton që jeni të vaksinuar
- n.q.s. dokumentacionin e keni te pjesshëm, që vërteton që keni kryer vetëm disa vaksina përpëra se të paraqiteni për vizitën mjekësore ju këshilloher të kryeni dozen e pare të çdo vaksine që ju nuk e keni bërë ose për të cilën nuk gjendet regjistri ose data kur e keni kryer. N.q.s. keni filluar vaksinimin ose deri tani keni kryer vaksinimin rregullisht, plotësoni rivaksinimin e rradhës. Regjistroni vaksinat në qendrën shëndetësore ku i kryeni.

Dokumenti i vetëm që vërteton vaksinimin tuaj është kartela personale tip e vaksinimit.

Përveç këtij dokumenti vaksinimi, nuk do të njihet si i vlefshëm asnjë dokument tjetër. Kërkonи dhe kontrolloni vërtetësinë e kartelës tuaj të vaksinimit. Kartela personale e vaksinimit është dokument zyrtar dhe personi që e paraqet atë përgjigjet personalisht për vërtetësinë e saj. Mos pranoni të merrni kartela vaksinimi dhe të regjistroni vaksina që nuk i keni kryer ose për të cilat aktualisht nuk ka regjistra, regjistra të cilitët në rast verifikimi do të mund të vërtetonin se ju i keni kryer vaksinat.

Vaksinimet dhe rivaksinimet duhet te jenë kryer ose të kryhen sipas skemës së vaksinimit të aprovuar nga autoritetet e Shëndetit Publik të Republikës së Shqipërisë. Në rast se për këto probleme keni paqartësira, drejtuhuni pranë Drejtlorive të Shëndetit Publik ose pranë Drejtlorive të Higjenës dhe Epidemiologjisë në rrëthet përkatëse.

Përveç vaksinave të lartpërmendura ju mund të keni kryer edhe vaksina të tjera që nuk kanë hyrë në Shqipëri dhe ju mund t'i keni kryer jashtë shtetit. N.q.s. keni dokumentacion zyrtar për to, duhet ta paraqisni gjatë vizitës mjekësore.

DEKLARATË MJEKËSORE PERSONALE

Ju lutemi plotësoni këtë formular dhe vendosni fotografinë përpara se të kryeni vizitën mjekësore. Këtë formular do ta dorëzoni si pjesë e dokumentacionit tuaj shëndetësor. Formulari është për një person dhe plotësohet nga personi që e firmos. Për personat nën moshën 16 vjeç formulari plotësohet dhe firmoset nga prindërit.

Fotografia

Vendosni kryqet në kutinë PO ose JO sipas gjendjes tuaj.

Seksi: **M**
Mbiemri

F
Emri

Mosha: ____ vjeç,

Arsimi që keni kryer: i mitur; fillore; 8-vjeçar; i mesëm; i lartë

Profesioni që keni: _____

Pesha: _____ Kg; **Gjatësia:** _____ cm

PO JO TË PËRGJITHSHME

Sëmundje ose dëmtime që kanë kërkuar shtrim në spital (përfshirë edhe psikiatriket)

A keni kryer ndërhyrje kirurgjikale? Pëershruaji:

A keni kaluar hemoragji ose ishemi cerebrale

Epilepsi (sëmundja e tokës)

Dëmtime të aftësisë për të mësuar, të inteligjencës, të kujdesit vetjak, të kujtesës ose të komunikimit Çrrëgullime mendore (depression, çrrëgullimet Bipolare, skizofreni, prapambetje mendore)

Përdorim medikamentesh jashtë qëllimeve mjekësore

Varësi ose abuzim me substance specifike (droga) amfetamina, kanabis, kokainë, halucinogenet, inhalantet, opioidet, fencikidinat, sedative-hipnotike, anksiolitike

Çrrëgullime të tjera që lidhen me përdorimin e substancave (përfshirë varësia ose abuzimi me pijet alkolike)

Keni tentuar ndonjëherë vetëvrasjen?

A i keni shkaktuar ndonjëherë dëmtime serioze personave të tjerë, keni kryer ndonjëherë dëmtime të pronës, ose të keni patur probleme me drejtësinë për arsyë të gjëndjes shëndetësore, ose nën ndikimin e sëmundjeve mendore, alkolit ose drogës?

PO JO KARDIOLOGJIKE

Sëmundje të zemrës

Angina pectoris (infarkte, parainfarkte)

Hypertension (tesion i lartë i gjakut)

Aritmi të zemrës

Sëmundje të lindura të zemrës

PO JO PNEUMOLOGJI

A keni përdorur duhan

A përdorni duhan

Asëm

Sëmundje kronike obstruktive të mushkërive (emfizemë) Sëmundje akute të mushkërisë.

A keni vuajtur nga turbekulozi

A jeni trajtuar për turbekuloz

A vuani nga turbekulozi

PO JO NEUROLOGJI & PSIKIATRI

PO	JO	OBSTETRIKE & SËMUNDJE SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shtatzani? Lartësia e Mitrës _____ cm Data e periodave të fundit: _____ (data-muaji-viti)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sëmundje seksualisht të transmetueshme, infeksione, synet (jep sqarime): _____
ENDOKRINOLOGJI & HEMATOLOGJI		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabet i sheqerit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sëmundje të tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Të dhëna për malarie
PO	JO	TË TJERA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sëmundje malinje, kancere (jep sqarime) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sëmundje kronike të veshkave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatik kronik ose sëmundje të tjera kronike të mëlçisë
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEME ME SHIKIMIN (szye, etj.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KENI KALUAR VARICELËN (lijja e dhenve)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A KENI PATUR NDONJËHERË GRUP INVALIDITETI

PO	JO	LEPRA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SËMUNDJA HANSEN (Lepra)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkuloide <input type="checkbox"/> Kufitare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lepromatoze <input type="checkbox"/> ose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paubacilare <input type="checkbox"/> Multibacilare
E mjekuar: <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difekte fizike të dukshme ose keqformime (mungesë syri, gishta, dorë, këmbë) jep sqarime: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Probleme të tjera që nuk janë përmendur më lart por që kërkojnë vëmendje, trajtim mjekor, ndërrhyrje kirurgjikale, etj. (jep sqarime): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A keni patur ose keni ankesa shëndetësore të tjera për të cilat nuk jeni sqaruar nga se vijnë? (p.sh. rënje në peshë, temperature e zgjatur, etj.) (Nëse PO përshkruani): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A keni kryer shërbimin ushtarak? N.q.s. JO jep sqarime pse: _____
GJENDJA CIVILE		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beqar <input type="checkbox"/> i/e martuar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i/e ve <input type="checkbox"/> Divorcuar

SHËNIM: Të gjitha problemet mjekësore duhet të shoqërohen me raportin mjekësor, epikrizën, ekzaminimin, analizat, recetën e mjekimit, librezën shëndetësore.

UNË I NËNSHKRUARI DEKLAROJ SE INFORMACIONI QË KAM DHËNË MË SIPËR ËSHTË I SAKTË DHE I PËRGJIGJET TË VËRTETËS

Data _____

EMRI

MBIEMRI

FIRMA