

## «ΕΙΔΟΘΕΑ 2015»

### Ιατρικό Ιστορικό και Πιστοποιητικό Υγείας Υποψηφίου Υποτρόφου

Αγαπητέ Γιατρέ,

Ο/η αιτών/ούσα που αναφέρεται παρακάτω έχει κάνει αίτηση για συμμετοχή στο πρόγραμμα υποτροφιών ιστιοναυτικής εκπαίδευσης «**ΕΙΔΟΘΕΑ 2015**» της εταιρείας «**ΠΡΩΤΕΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ**». Το πρόγραμμα μας δίνει την ευκαιρία σε νέους ανθρώπους να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για ένα διάστημα 20 ημερών και να συμμετάσχουν σαν ενεργό πλήρωμα σε ένα παραδοσιακό ιστοφόρο λαμβάνοντας μέρος σε βάρδιες και καθημερινή εργασιακή ρουτίνα πλοίου (8 ώρες την ημέρα), άρα πρέπει να είναι σε καλή φυσική κατάσταση.

Στο διάστημα που το πλοίο είναι εν πλω, θα υπάρχει κάποιος γιατρός ή νοσοκόμα σαν μέλος του πληρώματος αλλά το πλοίο μπορεί να είναι μέχρι και 10 μέρες μακριά από τον κοντινότερο ιατρικό σταθμό ή ιατρική εκκένωση. Παρόλο που δεν υπάρχει εξειδικευμένη υποδομή στο πλοίο υπάρχει σταθμός πρώτων βοηθειών, βασικά φάρμακα και ιατρικός εξοπλισμός. Σας ζητάμε να συμπληρώσετε αυτό το απόρρητο ιατρικό ιστορικό για την απαραίτητη δέουσα επιμέλεια του προγράμματος. Το πρόγραμμα «**ΕΙΔΟΘΕΑ 2015**» προορίζεται για νέους ανθρώπους με καλή υγεία. Υποψήφιοι που δυσκολεύονται να πραγματοποιήσουν μακρά ταξίδια, παραδείγματος χάρη, λόγω αναπηρίας, καρδιακών, ψυχολογικών ή άλλων θεμάτων υγείας, δεν μπορούν να συμμετάσχουν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Τροφικές διαταραχές και τυχόν θεραπείες που μπορεί να λαμβάνει ο/η αιτών/ούσα θα πρέπει επίσης να αναφερθούν. Η «**ΠΡΩΤΕΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ**» θέλει να εξασφαλίσει ότι κανενός υποψηφίου η υγεία δεν θα τεθεί σε αυξημένο ρίσκο ενώ συμμετάσχει στο πρόγραμμα «**ΕΙΔΟΘΕΑ 2015**».

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την ενδελεχή προσοχή σας στη συμπλήρωση των παρακάτω ζητούμενων στοιχείων. Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε ένα ξεχωριστό φύλλο χαρτί το οποίο θα έχει ημερομηνία και την υπογραφή σας. Αφού συμπληρωθεί το παρόν παραδώστε σε ένα φάκελο όλες τις σελίδες στον/στην αιτούντα/αιτούσα, στην εκπρόσωπό μας **Αριστέα Γράβου** (τηλέφωνο επικοινωνίας **+30 6932626906**) ή στείλτε τις ταχυδρομικώς, στη διεύθυνση «**Παν. Τσαλδάρη (Πειραιώς) 8, Αθήνα, τκ 10431**» σημειώνοντας στη θέση του παραλήπτη τα εξής : «**Προς Δικηγορικό Γραφείο Ιωάννη Κάπου (Πρόγραμμα «Ειδοθέα 2015»)**».

## **A. Γενικά στοιχεία υποψηφίου/ας**

Όνομα: \_\_\_\_\_ Επίθετο: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Πόλη / Νομός / Ταχ. Κωδ.: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο Οικίας / Κινητό: \_\_\_\_\_

Φύλο: Α / Θ

Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_

Ύψος: \_\_\_\_\_

Βάρος: \_\_\_\_\_

Ομάδα Αίματος: \_\_\_\_\_

Πίεση: \_\_\_\_\_

Οικογενειακός Ιατρός: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

## **B. Ιατρικό Ιστορικό Υποψηφίου/ας**

<b>Ιατρικές Παθήσεις</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b>Παρατηρήσεις / Περιγραφή</b>
Υψηλή αρτηριακή πίεση			
Καρδιαγγειακές παθήσεις			
Καρδιακό φύσημα			
Καρδιακές αρρυθμίες/Αίσθημα παλμού			
Στηθάγχη/Πίεση (στο στήθος)			
Προβλήματα κυκλοφορικού			
Αρθρίτιδα/Ρευματικές παθήσεις			
Εγκεφαλικό/Εμφραγμα			
Συχνή ζάλη/Λιποθυμίες			
Πονοκέφαλος/Ημικρανίες			
Κρανιοεγκεφαλική βλάβη με νευρολογική διαταραχή			
Φυματίωση/Θετικό TB τεστ (mantoux)			
Άσθμα /Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια/Πνευμονολογικά προβλήματα			
Ενεργός η Χρόνια ηπατίτιδα			
Λοιμώδη νοσήματα			
Σπασμοί/Επιληψία			
Αιμορραγία/Αιματολογικές παθήσεις/Αναιμία			
Παθήσεις θυρεοειδούς			
Γαστρεντερολογικές διαταραχές			
Ειδική διαίτα			
Υπογλυκαμία			
Διαβήτης			
Καρκίνος			
Νεφρική δυσλειτουργία			

Παθήσεις ουροποιητικού			
Ενούρηση			
Αλλεργίες (ιατρογενείς, περιβαλλοντολογικές, σε φαγητά, φάρμακα, έντομα)			
Ορθοπαιδικά προβλήματα			
Διαταραχές ακοής			
Διαταραχές Όρασης			
Δερματολογικές παθήσεις			
Ταξιδιωτική ναυτία			
Υπνοβασία/Διαταραχές Ύπνου			
Διαταραχές έμμηνου ρύσης			
Σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής & υπερκινητικότητας			
Διαταραχή προσαρμογής			
Διαταραχές άγχους			
Διατροφικές διαταραχές			
Μαθησιακές δυσκολίες			
Θυμική διαταραχή			
Διαταραχή προσωπικότητας			
Εξαρτήσεις (Ναρκωτικές ουσίες, αλκοόλ)			
Σχιζοφρένια			
Συμπεριφορικές διαταραχές			
Ιδιοψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή			
Αυτοτραυματισμός			
Λοιπά			

### **Γ. Επιπλέον Πληροφορίες**

1. Έχει ο/η υποψήφιος/α κάνει ποτέ εγχείρηση ή έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο; Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες.

2. Υπόκειται ο/η υποψήφιος/α αυτή τη περίοδο σε ιατροφαρμακευτική θεραπεία; Αν ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες.

3. Έχει ο/η υποψήφιος/α κανένα τατουάζ ή piercing? Αν ναι, που?

4. Παίρνει αυτή την περίοδο ο/η υποψήφιος/α φάρμακα, είτε με συνταγή γιατρού, είτε όχι; Αν ναι, καταγράψτε τα στο παρακάτω πίνακα.

Φάρμακο	Λόγος αγωγής	Δόση	Ποσό/Συχνότητα

Αναφέρετε παρακάτω οποιοδήποτε θέμα υγείας που ενδεχομένως χρήζει ειδικής προσοχής κατά την περίοδο που ο/η υποψήφιος/α [θα είναι στη θάλασσα.

#### **Δ. Ιατρική Εξέταση**

Δηλώνω ότι έχω εξετάσει τον/την υποψήφιο/α

\_\_\_\_\_

(Όνοματεπώνυμο Υποψηφίου/ας)

Γνωρίζω τις λεπτομέρειες του προγράμματος «**ΕΙΔΟΘΕΑ 2015**» και έχω γνώση των σωματικών απαιτήσεων και τις απομονωμένες τοποθεσίες στις οποίες λαμβάνει χώρα το συγκεκριμένο ταξίδι και το γεγονός ότι ο/η υποψήφιος/α θα ταξιδεύει μακριά από χώρους ιατρικής περίθαλψης. Με βάση τις απαραίτητες προϋποθέσεις για ένα τέτοιο ταξίδι και τα στοιχεία που έχω στη διάθεσή μου, πιστεύω ότι ο/η υποψήφιος/α είναι σωματικά και ψυχολογικά ικανός/ή για να ανταπεξέλθει σε αυτό το ταξίδι.

Επιπλέον δηλώνω ότι οι απαντήσεις που έχουν δοθεί παραπάνω είναι προϊόν εξέτασης του/της υποψηφίου/ας και, καθ' όσο γνωρίζω, είναι ακριβείς, πλήρης και αληθής.

Υπογραφή/Σφραγίδα Ιατρού: \_\_\_\_\_

Όνομα Ιατρού (με κεφαλαία): \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_