

**Declarație medicală pe Propria răspundere asupra capacității de
participare la cursul de instruire acreditat *OPITO*:
*Medical Screening and Self-Declaration of Fitness for Attending
OPITO course***

Va rugam completati :

Denumire curs <i>Course Title</i>	CA – EBS	Data curs <i>Course Date</i>	
Nume si Prenume <i>Full Name</i>			
Data nașterii <i>Date of birth</i>		Nr. telefon <i>Phone number</i>	
Companie <i>Company</i>			
Persoana contact în cazuri de urgență <i>Emergency Contact Name</i>		Nr. Telefon <i>Contact's Phone Number</i>	

1. Vă rugăm citiți cu atenție / Please read the following carefully:

Activitățile fizice ce sunt realizate în acest curs de instruire includ și următoarele manevre fără a se limita la acestea:

Physical activities associated with this training course may include, but are not limited to:

- Respirație cu ajutorul buteliilor de aer sub presiune. / *Breathing from emergency breathing devices.*

2. Declarația pe proprie răspundere a cursantului / Delegate Medical Self Declaration

Sunteți rugați să completați următorul chestionar. Dacă suferiți de una din următoarele afecțiuni răspundeți cu da sau nu la următoarele întrebări. Vă rugăm să:

The following questionnaire is provided for your personal review. If you have any of the following medical conditions or answer yes to any of the questions you are advised to:

- Comunicați lista de cerințe pentru instruire către medicul dvs,
Provide the list of training requirements to your physician.
- Să vă consultați cu medicul dvs. în vederea stabilirii dacă sunteți în măsură să parcurgeți

cursul în siguranță.

Consult with your Phisician to determine if you are fit to safely complete the training.

Acest chestionar va fi completat de către cursant în vedrea evaluării capacității de a participa la curs(uri). Această listă de întrebări este orientativă. Pentru problemele medicale menționate în listă. Vă rugăm să luați legătura cu medicul dvs.

Lista în discuție servește ca ghid, asupra întrebărilor ce pot fi discutate cu furnizorul dvs.de servicii medicale înainte de semnarea Declarației pe proprie răspundere a cursantului, ce va confirma capacitatea dvs. fizică de a lua parte la programul de instruire.

This medical questionnaire may be voluntarily used by the delegate to discuss whether they are physically able to participate in course(s). This list of questions is by no means an exhaustive list of all questions you should discuss with your medical provider. Instead, it is being provided to you as guidance of what questions you may want to discuss with your medical provider prior to signing your Training Participant Medical declaration acknowledging your fitness to participate in the training programme.

Întrebări <i>Questions</i>	Da/ <i>Yes</i>	Nu/ <i>No</i>	Dacă Da, ce diagnostic și când? <i>If yes, What and When?</i>
Ați fost spitalizat sau ați suferit vreo intervenție chirurgicală recent? <i>Have you ever been hospitalized or been under surgical intervention recently?</i>			
Aveți vreo dizabilitate fizică? <i>Do you have any physical disability?</i>			
Ați avut vreo boală, stare de sănătate alterată sau vreun accident în ultimele 12 luni? <i>Did you have any disease, altered state of health or any accident in past 12 months?</i>			
Ați fost sub tratament sau sub supravegherea unui medic în ultimele 12 luni ce necesită acordul unui medic pentru acest curs? <i>Have you been treated or being in the care of a doctor in the last 12 months for any medical condition that would require a doctor's release?</i>			
Suferiți de o afecțiune psihică / psihologică, ce nu este aici menționată care ar putea afecta participarea dvs. la activități fizice? <i>Are you suffering from any physical or physiological condition not mentioned that could affect your participation in any of the training physical activities?</i>			
Aveți vreo anxietate care v-ar putea împiedica să realizați în siguranță acest curs? <i>Do you have any anxiety that could prevent you from safely completing this training?</i>			
Ați suferit vreodată de epilepsie/amețeli/ leșin?			

Have you ever had epilepsy/seizures/ fainting/ "blackout"?			
Ați suferit vreodată lovituri la cap? Have you ever had a head injury?			
Aveți probleme cu dureri de cap/tulburări de echilibru/tulburări de auz? Do you have any problems with headaches/balance/hearing?			
Sunteți alergic la vreun medicament/ substanță? Are you allergic to any medicine/ substance?			
Sunteți însărcinată? Dacă da, în câte luni? Are you pregnant? If yes, How long have you been pregnant?			
Vă aflați sub vreun tratament medical sau medicație? Are you currently under any treatment or any kind of medication?			
Ați luat vreo medicație în ultimele 24 ore care poate altera capacitatea dvs. de a participa la curs? Have you taken any medication in the past 24 hours that could impair your ability during this training?			
Suferiți sau ați suferit vreodată de? Do you suffer or have you suffered from?			
Boli RESPIRATORII (alergii, astm, bronșite, tuberculoză sau altele)? RESPIRATORY diseases (allergies, asthma, bronchitis, tuberculosis or other)?			
Boli CARDIOVASCULARE (infarct miocardic, durere toracică, tromboflebite, hipertensiune arterială sau altele)? CARDIOVASCULAR diseases (heart attack, angina, thrombosis, High blood pressure, phlebitis or other)?			
Boli ale sistemului DIGESTIV (gastrite, ulcere, hepatita B/C sau alte afecțiuni)? DIGESTIVE SYSTEM diseases (gastritis ulcers, hepatitis B/C or other diseases)?			
Boli NEUROLOGICE (epilepsy, depresie sau altele)? NEUROLOGICAL diseases (epilepsy, depression or other)?			
Boli de PIELE (dermafitoze, foliculite, herpes sau altele)? SKIN diseases (ringworm, folliculitis, herpes or other)?			
Vă rugăm să menționați orice alte probleme medicale sau accidente recente ce vă pot limita abilitățile de participare în siguranță la acest curs. Please list any other medical problems or recent injuries that may limit your ability to safely complete this training.			

- Am înțeles că toate informațiile furnizate mai sus vor fi confidențiale mai puțin în cazul în care aceste informații ridică probleme în ceea ce privește sănătatea și siguranța mea. În cazul apariției unui incident, sunt de acord ca orice informație ce poate veni în ajutorul îngrijirii mele să fie dezvăluită./ *I understand that all the above information that I have supplied will be kept “most confidential “unless issues arise regarding my health and safety. Should an incident occur, I agree that any information needed to aid in my care can be released.*
- Am citit cele de mai sus și declar că toate informațiile furnizate în formular sunt corecte și că nu am ascuns nici o informație cu privire la starea sanătății mele. / *I have read the above and declare that all information provided on this form is accurate and that I have not withheld any information regarding the status of my health.*
- Sunt conștient că orice apariție a unui incident sau boală în timpul instruirii trebuie să fie raportată imediat către instructor sau către responsabilul medical. / *I am aware that the occurrence of any accident or illness in training must be immediately reported to the instructor or the responsible health professional.*

Cursantul va semna declarația că este apt de participare la curs, la începutul cursului / Delegate to declare that he/she is fit to attend the course at the beginning of the training day.

ZIUA 1 DE INSTRUIRE Semnătură cursant <u>TRAINING DAY 1</u> Delegate's Signature		Data Date	
---	--	----------------------------	--

Atestare post instruire
Post Training Attestation

La finalul părții practice de instruire (finalizarea cursului), cursantul va semna formularul din tabelul de mai jos, prin care se declară dacă a existat sau nu vreo formă de rănire pe timpul instruirii, în caz afirmativ, acesta va fi îndrumat pentru a primi asistență medicală./
At the end of all practical training, the delegate must sign this form in the table below, stating whether or not there was some type of injury sustained during training, if so; the delegate should be directed to receive medical care order to receive assistance.

Semnătură cursant : <i>Delegate's signature:</i>	
Data/Date:	
Incident apărut, DA / NU Dacă da, vă rugăm oferiți o descriere completă: <i>Incident occurred, YES / NO If Yes, please provide a full description:</i>	

SE VA COMPLETA DE CĂTRE PERSONALUL “CERONAV”			
Nivel de monitorizare :	Normal / Inalt (vă rugăm încercuiți)		
Informații adiționale (bifați ce se aplică)	Probleme aduse la cunoștința lectorului de către cursant		Altele:
	Încetarea activității dacă apar probleme și se informează lectorul		
Evaluarea efectuată de către Coordonator program:	Nume/Funcție:		Semnătura
NUMAI PENTRU PERSONALUL CERONAV (dacă sunt necesare informații suplimentare)			