

ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ	Անուն, ազգանուն	
	Սեռ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	Ծննդյան ամսաթիվ (օր/ամիս/տարի)
	Անձնագիր (համար, ում կողմից է տրված, տրման ժամկետ)	
	Աշխատանքի վայր (ընկերության անվանումը, պաշտոնը)	
	Հեռախոս (տուն, աշխ., բջջ.)	
	Էլ. փոստ	
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ	<input type="checkbox"/> Կլասիկ <input type="checkbox"/> Գլոբալ <input type="checkbox"/> Էքսկլյուզիվ	
Ինչպե՞ս եք գնահատում Ձեր աշխատանքային գործունեության ընթացքում առողջության համար վտանգ ներկայացնող հանգամանքները	<input type="checkbox"/> Անվտանգ <input type="checkbox"/> Վտանգավոր <input type="checkbox"/> Խիստ վտանգավոր	
Ինչպե՞ս եք գնահատում Ձեր աշխատանքային գործունեության վերջին 3 տարվա ընթացքում առողջության համար վտանգ ներկայացնող հանգամանքները	<input type="checkbox"/> Անվտանգ <input type="checkbox"/> Վտանգավոր <input type="checkbox"/> Խիստ վտանգավոր	
Դուք ծխո՞ւմ եք	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Տարիների քանակ Օրական հաճախականություն
Դուք ալկոհոլ օգտագործո՞ւմ եք	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Հաճախականություն Քանակ
Ունեցե՞լ եք կամ ունե՞ք հաշմանդամության խումբ	<input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Խումբ Պատճառ Եթե հաշմանդամությունը հանված է, ապա նշեք հանման ամսաթիվը
Ե՞րբ եք վերջին անգամ հետազոտվել կամ ստացել բժշկական խորհրդատվություն	Ամսաթիվ (ամիս, տարի) Բժշկի մասնագիտություն	Բուժհաստատության անվանում Նշեք բժշկին դիմելու պատճառ հանդիսացած զանգատները (առկայության դեպքում կցեք բժշկական եզրակացություն)
Ստացե՞լ եք որևէ հիվանդանոցային բուժում վերջին 3 տարվա ընթացքում	<input type="checkbox"/> Այո, նշում եմ մանրամասները <input type="checkbox"/> Ոչ	Բուժհաստատության անվանում Եզրակացություն/ախտորոշում
	1.	
	2.	
	3.	

Ենթարկվե՞լ եք որևէ վիրահատական միջամտության՝ վերջին 5 տարվա ընթացքում	<input type="checkbox"/> Այո, նշում եմ մանրամասները <small>Բուժհաստատության անվանում</small>		<input type="checkbox"/> Ոչ <small>Վիրահատության պատճառ</small>	
	1.			
	2.			
	3.			
Ընդունու՞մ եք ներկայումս որևէ դեղամիջոցներ	<input type="checkbox"/> Այո		Դեղամիջոցի անվանումը 1. _____ 2. _____ 3. _____	
	<input type="checkbox"/> Ոչ			
Օգտագործե՞լ կամ օգտագործու՞մ եք թմրաբեր ազդեցություն ունեցող դեղամիջոցներ	<input type="checkbox"/> Այո		Դեղամիջոցի անվանումը 1. _____ 2. _____ 3. _____	
	<input type="checkbox"/> Ոչ			
Ունեցե՞լ են կամ ունե՞ն Ձեր ծնողներն և մոտ բարեկամները որևէ քրոնիկ հիվանդություն	<input type="checkbox"/> Այո, նշում եմ մանրամասները		<input type="checkbox"/> Ոչ	
Հայտնաբերե՞լ են երբևիցե Ձեզ մոտ ուռուցք (բարորակ, չարորակ), արյան հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ, պալարախտ, վեներական հիվանդություններ	<input type="checkbox"/> Այո, նշում եմ մանրամասները		<input type="checkbox"/> Ոչ	
Ունեցե՞լ եք կամ ունե՞ք որևէ խանգարում.	<input type="checkbox"/> Այո, նշում եմ մանրամասները		<input type="checkbox"/> Ոչ	
	<u>Նյարդային համակարգի</u>			
	<input type="checkbox"/> Լսողության <input type="checkbox"/> Տեսողության <input type="checkbox"/> Խոսքի <input type="checkbox"/> Ջղաձգությունների պահեր			
	<input type="checkbox"/> Մաշկային զգացողության կորուստ <input type="checkbox"/> Հոգեկան խանգարում			
	<input type="checkbox"/> Վերջույթներում շարժման թուլացում կամ լրիվ կորուստ (ժամանակավոր			
	<u>Սիրտ-անոթային համակարգի</u>			
	<input type="checkbox"/> Ջարկերակային ճնշման բարձրացում <input type="checkbox"/> Սրտխփոցներ, սրտի ռիթմի խանգարումներ <input type="checkbox"/> Ցավեր, անհարմարության և ճնշման զգացողություն կրծքավանդակում			
	<u>Շնչառության օրգանների</u>			
	<input type="checkbox"/> Հազ <input type="checkbox"/> Շնչահեղձություն <input type="checkbox"/> Կրծքավանդակի օրգանների փոփոխությունների հայտնաբերում <input type="checkbox"/> ռենտգենի և ֆյուրորոգրաֆիայի ժամանակ			
	<input type="checkbox"/> Ալերգիկ հիվանդություններ			
<input type="checkbox"/> Այլ				

