

MEDICAL CLEARANCE CERTIFICATE FOR UN VOLUNTEERS (SHORT TERM ASSIGNMENTS)					RAPPORT MEDICAL POUR LES VOLONTAIRES DES NATIONS UNIES (CONTRAT DE COURTE DUREE)		
Name of candidate – Nom du candidat				Sex(e)		Date of birth – Date de naissance	
Length of appointment – Durée de l'engagement			Place of assignment – Lieu d'affectation				
Nature of employment – Nature de l'engagement							
TO BE FILLED IN BY THE CANDIDATE:/ A REMPLIR PAR LE CANDIDAT :							
Have you previously undergone any United Nations medical examination? Avez-vous déjà subi un examen médical pour le compte d'une organisation des Nations Unies?						Yes ☐ No ☐	
If so, please state when Dans l'affirmative: quand						where où	
Have you ever had or have you now/Avez-vous eu ou avez vous actuellement :							
		yes/oui	date	no/non			yes/oui
1 Any heart disease Affection cardiaque		☐		☐	7 Fainting spells Perte de connaissance		☐
2 Tuberculosis - Tuberculose		☐		☐	8 Malaria - Paludisme		☐
3 High blood pressure Hypertension artérielle		☐		☐	9 Any nervous or mental disorders Troubles nerveux ou mentaux		☐
4 Amoebic dysentery - Amibiase		☐		☐	10 Depression or excessive anxiety Périodes de dépression ou d'anxiété		☐
5 Epilepsy or fits - Epilepsie		☐		☐	11 Blood in the urine Sang dans les urines		☐
6 Blood in the stools Sang dans les selles		☐		☐			
12 Indicate any illness in the last five years entailing your absence from work for one month or more: Indiquez toute autre affection ayant entraîné un arrêt de travail d'un mois ou plus au cours des cinq dernières années:							
13 Do you take any medication regularly? If so, what? Prenez vous régulièrement un médicament? Si oui, indiquez les raisons:							
14 Have you ever been refused employment because of your health? If so, state the reason: Vous a-t-on refusé un emploi pour raison de santé? Si oui, indiquez les raisons :							
I certify that the above statements are true, complete and correct to the best of my knowledge and belief. Je soussigné certifie que les informations ci-dessus sont à ma connaissance exactes et complètes. Candidate's signature Signature du candidat							
FOR COMPLETION BY THE EXAMINING PHYSICIAN (see note below)* A REMPLIR PAR LE MEDECIN-EXAMINATEUR (voir note)**							
1 General appearance Aspect général				10 Abdomen			
2 Weight Poids				11 Hernia Hernie		18 Alb.	
3 Height Taille				12 Hemorrhoids Hémorroïdes		Urine	
4 Lungs Poumons				13 Genitalia Organes génitaux		Sugar Sucre	
5 Heart Coeur				14 Mental condition Etat mental		Microscopic Sédiment	
6 Pulse Pouls				15 Reflexes patellar patellaires		19 Blood Hb. Sang Hb.	
7 Blood pressure Pression artérielle				Réflexes plantar plantaires		20 Results of a chest x-ray* (dating from less than a year) Compte-rendu d'examen radiographique pulmonaire** (datant de moins d'un an)	
8 ECG				16 Eyes Vue		*Indicate date, place, number of film **Indiquer date, lieu, numéro du film	
9 Tonsils Amygdales				17 Hearing Ouïe			
Is the person examined at present in good health and enjoying a full working capacity?				yes ☐ oui no ☐ non		Considérez-vous que la personne examinée est en bonne santé et qu'elle jouit d'une capacité totale de travail	
Is there any affection or definite predisposition to a disease which may result in premature disability or constitute an impediment to the accomplishment of his or her functions?				yes ☐ oui no ☐ non		Présente-t-elle une affection ou une prédisposition nette à une maladie susceptible de la gêner dans l'accomplissement de ses fonctions?	
Other observations Autres observations							
Name (to be typewritten or printed) Nom (à la machine ou en majuscules)						Date	
Exact address				Signature, examining Physician			

The examining doctor is requested before sending this report to verify that the questionnaire, page 1 of this form, has been fully completed by the candidate and that all the results of the investigations required are given on the report. Incomplete reports are a major source of delay in recruitment.

This is to certify that Mr/Ms

_____, born on

_____ has been examined today by the undersigned and found to be in good physical and mental health, and fit for the proposed post.

Place and date:

Physician's name and signature:
