

Potential Employee Duty Station Check List

Ажилтны ажлын байрны нөхцлийн тодорхойлолт

To be completed by Human Resources Officer

After completion to be forwarded to the designated Medical Doctor

Компанийн Хүний Нөөцийн Хэлтэсийн ажилтан ажилтны ажлын байрны нөхцлийг тодорхойлон хариуцсан эмчид хүргүүлнэ.

_____ is considering employing Mr/Ms: _____
Ажилтны нэр:

For the position: _____

Албан тушаал:

Duty Station: UB, OT, Exploration camps, DZ

Ажлын байр: УБ, ОТ, Хайгуулын анги, Даланзадгад

The applicant's duties are indicated by the ticked boxes (can tick more than one):

Ажилд орохоор өргөдөл гаргагчийн гүйцэтгэх үүргийг (✓) тэмдэглэнэ (нэгээс илүү тэмдэглэл хийж болно) үү:

- Working underground with high physical needs. (Далд уурхайд биеийн хүчний ажил хийх)
- Operating heavy underground mining equipment. (Далд уурхайд хүнд машин техник ажиллуулах.)
- Moving/Lifting of equipment and stores/provisions. (Тоног төхөөрөмж болон нөөц/запасыг зөөх/өргөх.)
- Driving heavy earthmoving equipment. (Хүнд даацын машин техник ажиллуулах.)
- Repetitive lifting/bending. (Нуруу нугасны хэсэгт ачаалал ихтэй ажил хийх.)
- Working on surface in light physical duties. (Хөнгөн нөхцөлд гадаа ажиллах.)
- Motor vehicle driving. (Хөдөлгүүрт машин жолоодох.)
- Office work. (Офист ажиллах.)
- Drill Rig Operator. (Өрмийн оператор.)
- Fixed Plant Operator. (Хүнд машин механизмын оператор.)
- Confined Space. (Битүү бөгчим газар ажиллах.)
- Working at heights. (Өндөрт ажиллах.)
- Hot work area. (Халуун нөхцөлд ажиллах.)
- Catering Services (Хоол хүнс бэлтгэх газар ажиллах.)
- Field work (Хээрийн нөхцөлд ажиллах.)

NOTES TO PROJECT MANAGERS

This resolution shall be registered on personnel file

A copy of the resolution shall be submitted to the relevant Manager

One copy should be handed to the employee

Job description must be attached

Approved

Representing the Company:
Hospital:

Representing the

<p>Dear Doctor,</p> <p>The information below is for the guidance of physicians who conduct medical examinations of prospective employees of the Company who intend to reside in Mongolia or China.</p> <p>In carrying out the medical examination of a prospective employee of the Company you are requested to observe the following:</p> <p>Recreational facilities and sporting activities are limited. Most of the social life is on a “do it yourself” basis.</p> <p>To work and live at the project, a person needs to be physically and mentally robust.</p> <p>On the basis of experience, which has been gained since start-up, and advice of our consulting physicians, the following list is given as being causes for rejection, as medically unfit for prospective employees:</p> <p style="text-align: center;"><u>I. IN THE MEDICAL HISTORY</u></p> <p>A. History of myocardial infarction, angina pectoris, valvular heart disease, untreated or uncontrolled high blood pressure, or peripheral vascular disease</p> <p>B. History of chronic shortness of breath such as emphysema, asthma, chronic bronchitis, pulmonary fibrosis.</p> <p>C. History of any severe blood disease or hemorrhagic diathesis.</p> <p>D. History of peptic ulcer or disease of the gall bladder (if the person retains the gall bladder) or of any severe bowel disease such as Crohn’s disease or ulcerative colitis.</p> <p>E. History of chronic kidney disease or kidney stones.</p> <p>F. History of any disease of the central nervous system or of epilepsy.</p> <p>G. History of severe injury or disease of the skeletal system or of any bone operation, especially of the spinal column, but not including well-healed fractures or dislocations of the extremities.</p> <p>H. History of psychiatric illness, nervous disorder, alcoholism, or habitual taking of any drug of addiction.</p>	<p>Хүндэт эмч танаа,</p> <p>Доорх мэдээлэл нь Монгол болон Хятад Улсуудад оршин суух байгууллагын ажилчдын эрүүл мэндийн үзлэг хийсэн эмчид зориулагдсан зааварчилгаа болно.</p> <p>Энэхүү эрүүл мэндийн үзлэгт хамрагдаж байгаа байгууллагын ажилтны хувьд та дараах зүйлсийг бүрдүүлнэ:</p> <p>Амарч чөлөөт цаг өнгөрүүлэх газар ба спортын үйл ажиллагаанууд хязгаарлагдмал байдаг бөгөөд ихэнхдээ сайн дурын асуудал болно.</p> <p>Төслийн нутаг дэвсгэр дээр ажиллаж амьдрахад уг хүн бие бялдар болон оюун санааны хувьд эрүүл чийрэг байх хэрэгтэй.</p> <p>Төсөл эхэлснээс хойшхи хуримтлуулсан туршлага ба эмч нарын зөвлөгөөнд үндэслэн доорх жагсаалтанд тухайн ажилтан эрүүл мэндийн хувьд тэнцэхгүй ба татгалзах шалтгаанууд дурдагдав.</p> <p style="text-align: center;"><u>I.ӨВЧНИЙ ТҮҮХ</u></p> <p>A. Зүрхний шигдээс, бах өвчин, зүрхний хавхлагын өвчин, эмчлэгдээгүй болон тогтворгүй цусны даралт ихсэх өвчин, судасны өвчнүүд байх.</p> <p>B. Уушгины багтраа өвчин, агааржилт ихсэх (emphysema),архаг бронхит, уушги хатуурсан зэрэг архаг амьсгаадалттай байх</p> <p>C. Цусны хүнд өвчний түүх,</p> <p>D.Ходоодны шарх, цөсний уутны өвчин (хэрэв өвчтөн цөсний ууттай бол) , гэдэсний ямар нэгэн хүнд үрэвсэлт өвчнүүдтэй (Кроны өвчин, бүдүүн гэдэсний шархлаа).</p> <p>E. Архаг бөөрний өвчин буюу бөөрний чулуужих өвчнүүдтэй</p> <p>F. Төв мэдрэлийн систем болон татаж унадаг(эпилепси) .</p> <p>G. Хүнд гэмтэл болон тулгуур эрхтний үйл ажиллагаа ялангуяа сээр нурууны ясны өвчинтэй байх, үүнд бүрэн эдгэрсэн үе мөчний цууралт хугаралт хамрагдахгүй.</p> <p>H. Сэтгэцийн эмгэг өвчнүүд, мэдрэлийн эмгэгүүд, архинд болон эмэнд донтох.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

One copy for HR office to be kept at the personal file
One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

<p>II. <u>IN THE PHYSICAL EXAMINATION</u></p> <p>A. Any form of heart disease-ischemic, untreated hypertension or arrhythmia, high blood pressure or peripheral vascular disease.</p> <p>B. The findings of emphysema, pulmonary tuberculosis or other serious lung disease</p> <p>C. The presence of severe anemia or other blood dyscrasia.</p> <p>D. The findings of any abdominal mass, tumor or hernia or any sign of serious disease of the abdominal viscera.</p> <p>E. The presence of blood, sugar, albumin bile or pus in the urine or of anything else which may indicate serious disease of the kidneys, ureters, bladder or urethra.</p> <p>F. The presence of any organic disease of the central or peripheral nervous system or anything which may indicate that the person has been a sufferer from grand mal epilepsy.</p> <p>G. Any gross deformity of the skeletal system or any sign of past major operations on the bony structures, especially of the skull or spine.</p> <p>H. The findings of anything which may indicate psychiatric illness or severe neurotic tendencies or drug addiction.</p> <p>I. Any severe incurable skin disease.</p> <p>J. The discovery of any surgically correctable condition especially if questioning discloses that an operation has been advised and declined.</p> <p>K. Incapacitating loss of hearing or visual acuity.</p> <p>III. <u>IN THE LABORATORY, RADIOLOGY OR EKG</u></p> <p>The disclosure by these means of any of the diseases mentioned above.</p> <p>V. <u>STRESS E.K.G.</u></p> <p>A stress electrocardiogram should be done for all prospective employees over age 40 as a routine and in any examinee where the history of findings from the physical examination or laboratory or radiology tests suggest that any form of heart ailment may be present.</p> <p>For all examinees <u>under age 35</u>, a resting</p>	<p>II. <u>ЭМНЭЛГИЙН ҮЗЛЭГ</u></p> <p>A. Зүрхний өвчнүүд-зүрхний бах, хавхлагийн эмгэг, цусны даралт ихсэх, хэм алдагдал, захын судасны өвчнүүд гэх мэт</p> <p>B. Уушгины агааржилт ихсэх өвчин, уушигны сүрьеэ болон бусад төрлийн уушгины өвчнүүд.</p> <p>C. Цус багадалт болон цусны бусад өвчнүүд.</p> <p>D. Хэвлийн хөндийд эзэлхүүнт зүйл тодорхойлогдох, хавдар, эвэрхий болон хэвлийн гялтан хальсны хурц өвчний шинж тэмдэгүүд байх.</p> <p>E. Шээсэнд цус, сахар, альбумин, цэс болон идээ бээр гэх зэрэг бөөр шээсний суваг, давсаг зэрэгт хамрагдаж болох хүнд хэлбэрийн өвчнүүд</p> <p>F. Төв болон захын мэдрэлийн системийн ямар нэг органик өвчин эсвэл нөлөөлж болох ямар нэг зүйл тухайлбал татаж унаснаас үүдэх өвчин шаналал</p> <p>G. Үе мөчний гэмтэл согог, эсвэл ясанд мэс ажилбарууд хийгдсэн, ялангуяа гавал болон сээр нурууны</p> <p>H. Сэтгэцийн өвчин болон мэдрэлийн гаралтай өвчнүүд мөн эмэнд донтох шинжүүд</p> <p>I. Ямар нэг эдгэшгүй хүнд арьсны өвчин</p> <p>J. Мэс засал хийгдэх нөхцөл бүрдсэн үед тухайн мэс ажилбар хийлгэхээс татгалзсан асуудал үүссэн үед аль нэг боломжтой нөхцөлийг хайж олох</p> <p>K. Сонгол муудах болон хараа муудах</p> <p>III. <u>ЛАБОРАТОРИЙН БОЛОН РЕНТГЕН ШИНЖИЛГЭЭ, ЗҮРХНИЙ БИЧЛЭГ</u></p> <p>Дээр дурдагдсан өвчнүүдийг энэ аргуудаар илрүүлэх</p> <p>V. <u>Ачааллын үеийн зүрхний бичлэг</u></p> <p>40- дээш насны бүх ажилчдад ачаалалтай үеийн зүрхний бичлэг тогтмол хийгдсэн байх шаардлагатай байхаас гадна хэрэв бусад ажилчид лаборатори, рентгений үзлэгээр зүрхний ямар нэгэн гажигтай гарсан тохиолдолд зүрхний бичлэг хийгдэнэ.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

One copy for HR office to be kept at the personal file
One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

electrocardiogram should be done to establish base line information.

Cardiac Stress test at age 45 and repeat in 5 years if no risk factors.

If risk factors:

- 1) Family history of premature cardiac disease
- 2) Elevated cholesterol
- 3) Diabetic
- 4) History of hypertension
- 5) Smokers

Routine Cardiac Stress Test at age 40 and every three years after

IV. GENERAL INFORMATION

People who require to be seen by specialists at regular intervals in general should be rejected as being medically unfit. Our nearest specialist consultants are more that 1,000 miles away and, even there, not all disciplines are represented.

SUMMARY

You are asked to make a careful assessment of the candidate and to express your professional opinion on his/her fitness with regard to the information that has been supplied to you.

35- с доош насны ажилчдын зүрхний ерөнхий байдлыг дүгнэх үүднээс тайван үеийн зүрхний бичлэг хийгдсэн байх шаардлагатай.

Зүрхний ачаалалтай сорилтыг 45 насны хүмүүст хийлгэх ба эрсдлийн хүчин зүйлс байхгүй тохиолдолд 5 жил тутамд дахин хийлгэж байна.

Нөлөөлж болзошгүй хүчин зүйлс:

- 1) Удамд зүрхний өвчтэй хүн байгаа эсэх
- 2) Холестеролын хэмжээ ихтэй
- 3) Чихрийн шижин өвчин
- 4) Цусны даралт өндөртэй
- 5) Тамхи татдаг

Зүрхний ачаалалтай бичлэгийг 40 настай хүнд 3 жил тутам хийнэ.

IV. ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭЛЭЛ

Эмчийн хяналтанд тогтмол байх шаардлагатай бол эрүүл мэндийн хувьд тэнцэхгүй хэмээн татгалзана. Манай мэргэжилтнүүд 1000-с илүү милийн зайд байдаг бөгөөд тэнд ч гэсэн бүх эмч нар бүгд байдаггүй.

ДҮГНЭЛТ

Танд хуримтлагдсан мэдээллийн үндэслэн нарийвчилсан үнэлгээ хийж мэргэжилтний зүгээс тухайн ажилтны талаар өөрийн санал бодлыг өгөхийг бид Танаас хүсч байна.

One copy for HR office to be kept at the personal file
One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

Medical Examination Certificate
Эрүүл Мэндийн Үзлэгийн Тодорхойлолт

Employee Name (Ажилтны нэр):.....

Fit for work in position applied for (**Тухайн ажлын байранд тэнцэнэ**)

Fit for work with restrictions as below (**Тухайн ажлын байранд дараах хязгаарлалттайгаар тэнцэнэ**):

.....
.....
.....

Temporarily Unfit pending further evaluation as below (**Дараах шаардлагын улмаас тухайн ажлын байранд түр хугацаагаар тэнцэхгүй**):

.....
.....
.....

Unfit for the following reason (**Дараах шалтгааны улмаас ажилд тэнцэхгүй**):

.....
.....
.....

Recommendation for the employee (Зөвлөгөө):

.....
.....
.....

Doctor's Signature (Эмчийн гарын үсэг):.....

Doctor's Print Name (Эмчийн нэр):.....

Date (Огноо):.....

Clinic stamp (Эмнэлгийн тамга):

One copy for HR office to be kept at the personal file
One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

FORM A CHECKLIST / МАЯГТ А ШАЛГАХ ХУУДАС

Please complete the following checklist in full / Дараах шалгах хуудсыг бүрэн бөглөнө үү:

Employee Name: Ажилтны Нэр: Date of Birth: Төрсөн он, сар, өдөр:	Complete Бүрэн	Incomplete Бүрэн бус
Medical History / Өвчний Түүх		
Physical Exam / Бие бялдрын үзлэг		
Visual Test / Харааны сорил		
FBC (Blood Count)/Цусны Ерөнхий Шинжилгээ		
Glucose / Глюкоз		
Cholesterol / Холестерол		
Creatinine (kidney) / Креатинин		
AST (liver) / АСАТ		
ALT (liver) / АЛАТ		
RPR (Syphilis) / Тэмбүү		
Blood Group / Type / Цусны бүлэг		
Urinalysis / Шээсний шинжилгээ		
HIV/AIDS Test / ДОХ-н шинжилгээ		
Hepatitis B / Гепатит В (Элэгний үрэвсэл В)		
Hepatitis C / Гепатит С (Элэгний үрэвсэл С)		
Chest X-ray / Цээжний рентген зураг		
ECG (if over 35 years or otherwise indicated) ЭКГ (35-аас дээш настай эсвэл бусад шаардлагатай тохиолдолд)		

One copy for HR office to be kept at the personal file One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

PRE-EMPLOYMENT MEDICAL EXAMINATION CHECKLIST
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ҮЗЛЭГИЙН ХУУДАС

PERSONAL DETAILS		ХУВИЙН МЭДЭЭЛЭЛ	
Family name: Овог :		Date of birth: Төрсөн огноо :	
Given name: Нэр :		Sex: Хүйс:	

MEDICAL CHECK UP DETAILS / ЭМЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ
Doctor / Эмч:
Location / Эмнэлэг:
Date / Огноо:

MEDICAL HISTORY (ӨВЧНИЙ ТҮҮХ): To be completed by the doctor examining the patient (үзлэг хийж буй эмч бөглөнө).					
Have you suffered from any of these in the past? / Эдгээр өвчнөөр өвчилж байсан эсэх?					
Y or N T / Y		Y or N T / Y		Y or N T / Y	
	Head Injury or Concussion Толгойн гэмтэл		Tuberculosis Сүрьеэ		Diabetes Чихрийн шижин
	Fainting, blackouts, epilepsy Ухаан алдах, татаж унадаг эсэх		Chronic Cough > 4 weeks Удаан хугацаагаар ханиалгах />4 долоо.х		Psychiatric Problems Сэтгэцийн өвчин
	Headaches Толгойн өвдөлт		Weight Loss Жин алдах / турах		Chronic Skin Problems Арьсны архаг өвчнүүд
	Visual Problems Харааны өөрчлөлт		Chronic Abdominal Pain Хэвлийн архаг өвдөлт		Swollen or Painful Joints Үе мөчний өвчин
	Ear / Hearing Problems Сонголын өөрчлөлт		Gastritis Ходоодны үрэвсэл		Operation / Surgery Мэс засалын өвчин
	Chest pain / Heart disease Цээжээр өвдөх, зүрхний өвчин		Jaundice/Hepatitis Халдварт шар		Back Pain > 4 weeks Нурууны өвдөлт /4 долоо хоногос дээш/
	Palpitations Зүрх дэлсэх		Chronic Diarrhoea > 2 weeks Архаг суулгалт		Typhoid fever Гэдэсний хижиг
	Hypertension Даралт ихсэх		Haemorrhoids Геморрой		Malaria / Tropical Diseases Хумхаа , халуун орны өвчин
	High Cholesterol Холестерол ихсэх		Urine or Kidney Problems Бөөр шээсний замын өвчин		Sexual Transmitted Disease Бэлгийн замын халдварт өвчин
	Asthma Уушигны багтраа		Obstetric or Gynaecological Problems Эмэгтэйчүүдийн эмгэг		Cancer Хорт хавдар

One copy for HR office to be kept at the personal file
 One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

Past Diagnosis Урьд нь өвдсөн өвчний онош	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
Other Бусад:									
Regular Medications Тогтмол хэрэглэдэг эм тариа:		Allergies/ Харшил:							
Smoker (Cig/day) Тамхи /өдөрт		Alcohol (gram/day) Архи (гр/өдөр)							
Vaccination History: (insert date below vaccine name) Вакцинжуулалт : (вакцины нэрний дор он сар өдрийг бичнэ үү.)									
BCG Сүрьеэ	Tetanus Татран	Polio Полио иелит	Hep A Геп А	Hep B Геп Б	Typhoid Гэдэсний хижиг	Measles Улаан бурхан	Meningitis менингит	Rabies Галзуу	Other Бусад

PHYSICAL EXAMINATION

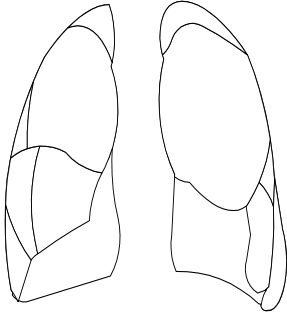
ҮЗЛЭГ

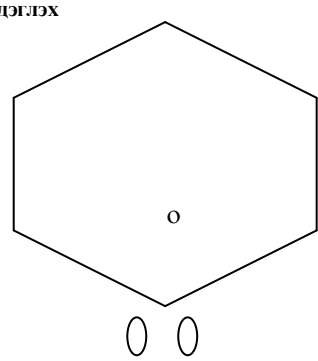
<i>CARDIOVASCULAR SYSTEM</i>				<i>ЗҮРХ СУДАСНЫ ТОГТОЛЦОО</i>			
Blood Pressure: Цусны даралт	Pulse Rate: Судасны цохилт	Pulse Rhythm: Судасны хэм		Height: Өндөр	Weight: Жин		
/ mmHg ммг	/min мин	Normal Эрүүл	Abnormal Эрүүл бус	cm см	kg кг		
JVP	Apex Beat Зүрхний оройн түлхэлт		Heart Sounds Зүрхний авиа		Murmurs Шуугиан		
Normal Эрүүл	Abnormal Эрүүл бус	Normal Эрүүл	Abnormal Эрүүл бус	Normal Эрүүл	Abnormal Эрүүл бус	No үгүй	Yes Тийм
ECG Comments: (if over 35 years or otherwise indicated) ЭКГ дүгнэлт: (35-аас дээш насны бүх хүмүүст болон бусад шаардлагатай тохиолдолд)							
ECG should be attached to examination form. ЭКГ бичлэгийг хавсаргана.							
Comments: Тайлбар:							

One copy for HR office to be kept at the personal file
One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

RESPIRATORY EXAMINATION ТОГТОЛЦОО			АМЬСГАЛЫН
Resp Rate: Амьсгалын тоо / min	Sats: (room air) %	Trachea midline ? Мөгөөрсөн хоолой Y / N	PEFR (Best of 3) ГAYA
Mark examination findings on diagram: Эмгэгийн байрлалыг тэмдэглэх: 		Percussion: Тогшилтоор :	Auscultation: Чагналтаар:
		Additional Comments: Нэмэлт тэмдэглэл:	
CXR Report/ Цээжний рентген зургийн дүгнэлт:			

ABDOMINAL EXAMINATION ТОГТОЛЦОО			ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН ЭРХТЭН
Organomegaly? (LKKS) Эрхтэний томролт	Hernias? Ивэрхий	PR (male > 45): Түрүү булчирхай (>45 нас эрэгтэй)	LMP (female only): ССТ (эмэгтэйчүүдэд):
Y / N T / Y	Y / N T / Y	Norm / Abnormal Эрүүл / Эрүүл бус	___ / ___ / ___
Draw in abnormalities and scars: Шарх сорвийг тэмдэглэх 		Comments: Тэмдэглэгээ:	
Genital Examination only if indicated from history: For women must have nurse present during examination:			

One copy for HR office to be kept at the personal file
One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

<i>DERMATOLOGY</i>	<i>АРЬС ӨНГӨ</i>
Skin condition: Арьсны байдал	
<i>ENT EXAMINATION</i>	<i>ЧИХ ХАМАР ХООЛОЙ</i>
Mouth and Teeth: Амны хөндий болон шүд	
Ear Canal: Чихний суваг:	
Tympanic Drum: Чихний хэнгэрэг	
Nasal Cavity: Хамарын хөндий:	

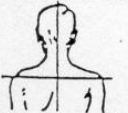
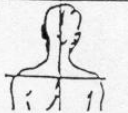

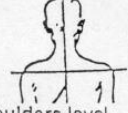





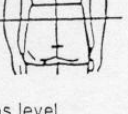





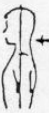






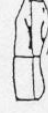


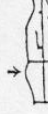



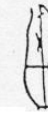
<i>EYE EXAMINATION</i>				<i>НҮД</i>
Vision: Хараа	Without Spectacles Нүдний шил линзгүйгээр		With Spectacles Нүдний шил эсвэл линзтэй	Colour Vision: Өнгө Мэдрэх чадвар Normal Red/Green Other Эрүүл Улаан/ногоон Бусад
	Far/Хол	Near/Ой р		
Right баруун	6/	6/	6/	Visual Fields: Харааны талбай Normal Abnormal Эрүүл Эрүүл бус
Left Зүүн	6/	6/	6/	

<i>MUSCULOSKELETAL AND NEUROLOGICAL EXAMINATION</i>									
<i>ЯС БУЛЧИН, МЭДРЭЛ</i>									
Lumbar Spine Examination (Нурууны үзлэг):									
Scoliosis Сколиоз	No Y	Yes T	Forward Flexion Тонгойх өнцөг	0°	80°	No	Yes	Heel Walking Abnormal Өсгий дээрээ алхах	Normal
Kyphosis Кифоз	No	Yes	Hyperextension Гэдийх өнцөг	0°	25°	No	Yes	Toe walking Abnormal Өлмий дээрээ алхах	Normal
Lordosis Лордоз	No	Yes	Lateral Flexion Хажуугийн хазайлтын өнцөг	0°	20°	No	Yes	Squats x 3 Abnormal Сууж босох х3	Normal
General Musculoskeletal Ерөнхий яс булчингийн байдал:			Normal Хэвийн	Abnormal Хэвийн бус					
Reflexes: (Normal or Abnormal) Рефлекс / (хэвийн / хэвийн бус)									
Biceps Хоёр толгойт		Triceps Гурван толгойт		Patella Өвдөгний		Achilles Ахилын		Plantar Response Бабинскийн рефлекс	
N хэвийн	A эмгэг	N хэвийн	A эмгэг	N хэвийн	A эмгэг	N хэвийн	A эмгэг	None илрэхгүй	Yes илрэв
Neurological Examination/Electroencephalography: Мэдрэлийн үзлэг: / ЭЭГ									
Comment on tremors or other findings: Дүгнэлт									

One copy for HR office to be kept at the personal file
One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

Posture score sheet	Name			Scoring dates	
	Good - 10	Fair - 5	Poor - 0		
HEAD LEFT RIGHT	 Head erect gravity line passes directly through centre	 Head twisted or turned to one side slightly	 Head twisted or turned to one side markedly		
SHOULDERS LEFT RIGHT	 Shoulders level (horizontally)	 One shoulder slightly higher than other	 One shoulder markedly higher than other		
SPINE LEFT RIGHT	 Spine straight	 Spine slightly curved laterally	 Spine markedly curved laterally		
HIPS LEFT RIGHT	 Hips level (horizontally)	 One hip slight higher	 One hip markedly higher		
ANKLES	 Feet pointed straight ahead	 Feet pointed out	 Feet pointed out markedly ankles sag in (pronation)		
NECK	 Neck erect, chin in, head in balance directly above shoulders	 Neck slightly forward, chin slightly out	 Neck markedly forward, chin markedly out		
UPPER BACK	 Upper back normally rounded	 Upper back slightly more rounded	 Upper back markedly rounded		
TRUNK	 Trunk erect	 Trunk inclined to rear slightly	 Trunk inclined to rear markedly		
ABDOMEN	 Abdomen flat	 Abdomen protruding	 Abdomen protruding and sagging		
LOWER BACK	 Lower back normally curved	 Lower back slightly hollow	 Lower back markedly hollow		

One copy for HR office to be kept at the personal file
 One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

REQUIRED LABORATORY TESTS			
ШААРДЛАГАТАЙ ЛАБОРАТОРЫН ШИНЖИЛГЭЭ			
(The results from the labs should be enclosed to this form)			
/Шинжилгээний хариуг хавсаргана/			
Test Шинжилгээ	Normal (tick) Эрүүл	Abnormal (tick) Эрүүл бус	Comment Тайлбар
FBC (Blood Count)			
Glucose /Глюкоз			
Cholesterol /Холестерол			
Creatinine /Креатинин			
AST (liver) АСАТ			
ALT (liver) АЛАТ			
Hepatitis B Гепатит В			
Hepatitis C Гепатит С			
Syphilis (RPR) тэмбүү			
Urinalysis шээсний шинжилгээ			
ADDITIONAL TESTS НЭМЭЛТ ШИНЖИЛГЭЭ			
Tests Шинжилгээ	Result Хариу	Comments Тайлбар	
H I V Ab / ДОХ			
Blood Group Цусны бүлэг:			
Chest X-ray for TB Цээжний рентген зураг			
ECG ЭКГ			

EXAMINING DOCTORS ADDITIONAL COMMENTS:
ШИНЖИЛГЭЭ ХИЙЖ БУЙ ЭМЧИЙН НЭМЭЛТ ТАЙЛБАР

One copy for HR office to be kept at the personal file One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital:

FORM E MEDICAL ACCESS AUTHORITY / МАЯГТ E

(Insert name and address of the pre-employment medical examinee below)

(Эрүүл мэндийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт орсон ажилтны нэр ба хаягийг бичнэ үү)

Name / Нэр:

Address / Хаяг:

I authorize you to furnish my employer / prospective employer with a relevant medical report concerning my past and present medical status, together with all relevant medical information needed to enable my safe employment.

Миний өвчний түүх, одоогийн эрүүл мэндийн байдал болон аюулгүй ажиллахад шаардлагатай бусад холбогдох эрүүл мэндийн талаарх мэдээллийг ажил олгогчид үзүүлэхийг зөвшөөрч байна.

Signed /

Гарын үсэг

Date /

Он, Сар, Өдөр

This signed form is to be given to the examining medical practitioner

Энэхүү Гарын үсэг зурсан маягтыг нь шалгагч эмчид өгөх ёстой.

Name and address of doctor / Эмчийн нэр, хаяг

Full Name/ Бүтэн нэр	
Address/ Хаяг	
Telephone Number/ Утасны Дугаар	

One copy for HR office to be kept at the personal file One copy for the camp health provider (if applicable)

On behalf of the Company:

On behalf of the Hospital: