

(Овлашћена здравствена установа)

Број _____

Датум уписа (дан/месец/година) ____/____/____

Врста здравственог прегледа претходни редовни надзорни ванредни надзорни _____
 стицање обнављање овлашћења о оспособљености
 стицање обнављање овлашћења о посебној оспособљености
 остали _____

КАРТОН ЗДРАВСТВЕНОГ ПРЕГЛЕДА ПОМОРЦА

Име, презиме, име оца/мајке _____

Пол мушки женски Држављанство _____

Датум рођења (дан/месец/година) ____/____/____ Место и држава рођења _____

Адреса становања _____

Назив и седиште послодавца _____

Поморско звање _____ Радно место _____

Идентитет лица утврђен је на основу: личне карте, поморске књижице, дозволе за укрцање, пасоша (прецртај једну од наведених исправа) бр. _____ издате у _____

Брачно стање _____ Одслужио војни рок да не - разлог _____

Укупни радни стаж (год.) _____ Укупни поморски стаж (год.) _____

Ранија радна места _____

Служба на броду _____

Врста и намена брода _____

Подручје пловидбе _____

ЛИЧНА АНАМНЕЗА И ИЗЈАВА КАНДИДАТА

Да ли сте икада имали неки од наведених здравствених поремећаја (болести) или од њих били лечени?

| Здравствени проблем | да | не | Здравствени проблем | да | не |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Проблеми с очима или с видом | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Операције | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Проблеми с ухом, грлом, носом | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Мигрене и остале главобоље | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Проблеми са слухом | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Губици свести или потрес мозга | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Проблеми одржавања равнотеже | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Вртоглавице или омаглице | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Повишени крвни притисак | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Падавица или конвулзије | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Болести срца и крвних судова | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Ограничена покретљивост тела или појединих делова тела | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Варикозне вене | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Проблеми с леђима и кичмом | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Астма или хронични бронхитис | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Реуматске тегобе | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Болести крви | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Озледе, ишчашења, преломи или ампутација | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Шећерна болест | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Душевени поремећаји | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Болести штитне жлезде | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Депресија | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Болести пробавног тракта | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Покушај самоубиства | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Болести бубрега и мокраћног састава | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Губитак памћења | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Кожне болести | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Проблеми са спавањем | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Алергије | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Зависност или узимање алкохола или психоактивних контролисаних супстанци | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Заразне болести | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Да ли пушите? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Кила | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 18. Болести полних органа | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 19. Новотворине (тумори) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Висина _____ (cm) Телесна тежина _____ (kg) Релативна тежина _____ (%) Телесна грађа _____

Срчана фреквенција _____ (/мин) Срчани ритам _____

Крвни притисак _____ / _____ (mmHg).

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Стање уредно | ДА | НЕ | Стање уредно | ДА | НЕ |
| Општи изглед | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Грудни кош и плућа | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Кожа и видљиве слузнице | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Преглед дојки | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Глава и врат | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Срце и крвни судови | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Спољни преглед ока | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Трбух и трбушни органи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Очна позадина | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Анални преглед | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Спољни преглед уха, носа и параназалних синуса | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Полни органи | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Отоскопски налаз | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Кичма | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (бубне опне) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Локомоторни састав | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Усна шупљина и зуби | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Неуролошки статус | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Психичко стање | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ако поједини налаз одступа од уредног, детаљно га описати

Функционално испитивање вида

Оштрина вида

Фузија

| | Десно око | Лево око | Бинокуларно | Десно око | Лево око | Бинокуларно |
|------------|-----------|----------|-------------|-----------|----------|-------------|
| на даљину | | | | | | |
| на близину | | | | | | |

Дубински вид

Периферни вид

Никтометрија

Осећај за боје

Уредан

Одступања _____

Функционално испитивање слуха и равнотеже

Тонална лиминарна аудиометрија (нивои оштећења у дБ)

Експерименти равнотеже

| | 500 Hz | 1000 Hz | 2000 Hz | 3000 Hz | 4000 Hz | 6000 Hz | | | |
|-----------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------------|--|--|
| Десно ухо | | | | | | | FATB према NASA R/93 | | |
| Лево ухо | | | | | | | Ротаторни тест | | |

Спирометрија _____

Динамометрија _____

ЕКГ _____

Rtg плућа урађен (дан/месец/година) ____ / ____ / ____ Број _____

Налаз _____

Лабораторијски налази урађени (дан/месец/година) ____ / ____ / ____ - у прилогу

Крвна група и Rh фактор _____

Остали прегледи и претраге _____

Стање вакцинације евидентирано да не

ОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНЕ СПОСОБНОСТИ ЧЛАНА ПОСАДЕ ПОМОРСКОГ БРОДА

На основу личне изјаве прегледаног, клиничког прегледа, психолошке обраде и резултата функционалних и лабораторијских испитивања забележених у његовом здравственом картону, изјављујем да је прегледани

Способан за службу на броду трговачке морнарице:

на палуби у машини

GMDSS - радиослужби у осталим службама

Неспособан за службу на броду трговачке морнарице:

Привремено неспособан _____

на палуби у машини

у GMDSS-радиослужби у осталим службама

Способан за _____

Неспособан за _____

Привремено неспособан за _____

без ограничења

са ограничењем _____

члан и тачка Правилника _____

Шифра болести нема МКБ-10 _____

оцена здравствене способности није дата због: _____

остале напомене: _____

Место _____

Датум (дан/месец/година) ____ / ____ / ____

Датум истека важења уверења (дан/месец/година) ____ / ____ / ____

Потпис и факсимил специјалисте медицине рада

(Овлашћена здравствена установа)

Број _____

Датум уписа (дан/месец/година) ____/____/____

Врста здравственог прегледа претходни редовни надзорни ванредни надзорни _____

стицање

обнављање овлашћења о оспособљености

стицање

обнављање овлашћења о посебној оспособљености

остали _____

ПСИХОЛОШКИ ПРЕГЛЕД ПОМОРЦА

Име, презиме, име оца/мајке _____

Пол мушки женски Држављанство _____

Датум рођења (дан/месец/година) ____/____/____ Место и држава рођења _____

Адреса становања _____

Назив и седиште послодавца _____

Поморско звање _____ Радно место _____

Идентитет лица утврђен је на основу: личне карте, поморске књижице, дозволе за укрцање, пасоша (прецртај једну од наведених исправа) бр. _____ издате у _____

Брачно стање _____ Одслужио војни рок да не - разлог _____

Укупни радни стаж _____ (год.) Укупан пловидбени радни стаж _____ (год.)

Ранија радна места _____

Служба на броду _____

Врста и намена брода _____

Подручје пловидбе _____

1. Стандардизовани психолошки интервју
2. Перцептивне и специјалне способности
3. Когнитивне функције
4. Процена особина личности

СПОСОБАН - НЕСПОСОБАН

ПСИХОЛОГ