

ПРИЛОГ 7.

(Овлашћена здравствена установа)

Број _____

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

Врста здравственог прегледа:

- редовни
 надзорни

КАРТОН ЗДРАВСТВЕНОГ ПРЕГЛЕДА ЧЛАНА ПОСАДЕ БРОДА УНУТРАШЊЕ ПЛОВИДБЕ

Име, презиме, име оца/мајке _____
 пол мушки женски Држављанство _____
 Датум рођења (дан/месец/година) ____ / ____ / ____ / Место и држава рођења _____
 Адреса становања _____
 Назив и седиште послодавца _____
 Звање у унутрашњој пловидби _____
 Радно место _____
 Идентитет лица утврђен је на основу: личне карте, бродарске књижице, пасоша (прецртати једну од наведених исправа) бр. _____ издате _____
 Брачно стање _____
 Укупни радни стаж (год) _____ Укупни пловидбени стаж (год) _____
 Ранија радна места _____
 Служба на броду _____

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			20. Операције		
2. Проблеми с ухом, грлом, носом			21. Мигрене и остале главобоље		
3. Проблеми са слухом			22. Губици свести или потрес мозга		
4. Проблеми одржавања равнотеже			23. Вртоглавице или омаглице		
5. Повишени крвни притисак			24. Падавица или конвулзије		
6. Болести срца и крвних судова			25. Ограничена покретљивост тела или појединих делова тела		
7. Варикозне вене			26. Проблеми с леђима и кичмом		
8. Астма или хронични бронхитис			27. Реуматске тегобе		
9. Болести крви			28. Озледе, ипчашења, преломи или ампутација		
10. Шећерна болест			29. Душевни поремећаји		
11. Болести штитне жлезде			30. Депресија		
12. Болести пробавног тракта			31. Покушај самоубиства		
13. Болести бубрега и мокраћног састава			32. Губитак памћења		
14. Кожне болести			33. Проблеми са спавањем		
15. Алергије			34. Зависност или узимање алкохола или психоактивних контролисаних супстанци		
16. Заразне болести			35. Да ли пушите ?		
17. Кила					
18. Болести полних органа					
19. Новотворине (тумори)					

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

Висина _____ (cm) Телесна тежина _____ (kg) Релативна тежина _____ (%) Телесна грађа _____
 Срчана фреквенција _____ (/min) 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Полни органи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
носа и параназалних синуса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Кичма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отоскопски налаз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Локомоторни састав	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(бубне опне)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Неуролошки статус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Усна шупљина и зуби	<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
 Општина 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 dB)						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 БРОДА УНУТРАШЊЕ ПЛОВИДБЕ

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: Неспособан за службу на броду трговачке морнарице:
 Привремено неспособан _____

у служби палубе
 у служби машине
 у општој служби

у служби палубе
 у служби машине
 у општој служби

Способан за _____

Неспособан за _____

Привремено неспособан за _____

без ограничења
 с ограничењем _____

члан и тачка Правилника _____
Шифра болести према МКВ-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:

- редовни
 надзорни

ПСИХОЛОШКИ ПРЕГЛЕД ЧЛАНА ПОСАДЕ БРОДА УНУТРАШЊЕ ПЛОВИДБЕ

Име, презиме, име оца/мајке _____

пол мушки женски Држављанство _____

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

Адреса становања _____

Назив и седиште послодавца _____

Звање у унутрашњој пловидби _____

Радно место _____

Брачно стање _____

Идентитет лица утврђен је на основу: личне карте, бродарске књижице, пасоша (прецртај једну од наведених исправа)

бр. _____ издате у _____

Укупан радни стаж _____ год. Укупни пловидбени стаж _____ -год-

Ранија радна места _____

Служба на броду _____

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

СПОСОБАН – НЕСПОСОБАН

ПСИХОЛОГ