

.....

(здравствена установа)

Број: .....

Датум (дан/мјесец/година): ...../...../.....

Врста здравственог прегледа:

Претходни

Редовни

Ванредни

Након здравственог прегледа, обављеног у складу са Правилником о условима за утврђивање здравствене способности чланова посаде брода, издаје се

УВЈЕРЕЊЕ

О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ЧЛАНА ПОСАДЕ БРОДА

Име, презиме, име оца/мајке: .....

Пол:

мушки

женски

Држављанство: .....

Датум рођења (дан/мјесец/година): ...../...../.....

Мјесто и држава рођења: .....

Адреса становања: .....

Назив и сједиште послодавца: .....

Звање: .....

Радно мјесто: .....

Идентитет лица утврђен је на основу:

личне карте

бродарске/поморске књижице

пасоша (прецртати једну од наведених исправа), број: .....

издате у .....

На основу личне изјаве прегледаног, клиничког прегледа, психолошке обраде и резултата функционалних и лабораторијских претрага, прегледани је:

Способан за .....

Неспособан за.....

Привремено неспособан за .....

у служби палубе

у служби машине

у општој служби

без ограничења

са ограничењем

Оцјена здравствене способности није издата због .....

Остале напомене: .....

Мјесто:

Датум (дан/мјесец/година): ...../...../.....

Датум истека увјерења (дан/мјесец/година): ...../...../.....

М. П.

Потпис

.....

Потврђујем да сам упознат са садржајем свог картона здравственог прегледа

.....  
(потпис прегледаног лица у присуству доктора специјалисте)

## ПРИЛОГ 2.

РЕПУБЛИКА СРПСКА

.....  
(назив здравствене установе)

Број: .....

Врста здравственог прегледа:

Претходни

Датум: .....

Периодични

Ванредни

### КАРТОН ЗДРАВСТВЕНОГ ПРЕГЛЕДА

#### ЧЛАНА ПОСАДЕ БРОДА

.....  
(име, име оца/мајке, презиме)

Пол  мушки  женски

Држављанство: .....

Датум рођења: ..... Мјесто и држава рођења: .....

Адреса становања: .....

Назив и сједиште послодавца: .....

Звање: .....

Радно мјесто: .....

Идентитет лица утврђен је на основу:

личне карте

бродарске/поморске књижице

пасоша

Број: ..... издате у .....

Брачно стање: .....

Укупни радни стаж (год.): ..... Укупни пловидбени стаж: .....

Ранија радна мјеста: .....

Служба на броду: .....

### ЛИЧНА АНАМНЕЗА И ИЗЈАВА КАНДИДАТА

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

Здравствени проблем	да	не	Здравствени проблем	да	не
1. Проблем с очима или с видом			20. Операције		
2. Проблеми с ухом, грлом, носом			21. Мигрене и остале главобоље		
3. Проблеми са слухом			22. Губици свијести 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 тијела или појединих дијелова тијела		
7. Варикозне вене			26. Проблеми са леђима и кичмом		
8. Астма или хронични бронхитис			27. Реуматске тегобе		
9. Болести крви			28. Озљеде, ишчашења, преломи или ампутација		
10. Шећерна болест			29. Душевни поремећаји		

11. Болести штитне жлијезде			30. Депресија		
12. Болести пробавног такта			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), Тјелесна тежина: ..... (kg), ВМІ: ..... (%), Тјелесна 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, носа и паразаналних синуса	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Полни органи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отоскопски налаз (бубне опне)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Кичма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Усна шупљина и зуби	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Локомоторни састав	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Психичко стање	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Неуролошки статус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ако поједини налаз одступа од уредног, детаљно га описати.

Функционално испитивање вида  
Оштрина вида  
Фузија

	Десно око	Лијево око	Бинокуларно	Десно око	Лијево око	Бинокуларно
на даљину						
на близину						

Дубински вид: \_\_\_\_\_ Периферни вид: \_\_\_\_\_  
Никтометрија: \_\_\_\_\_

Осјећај за боје:  Уредан  Одступања .....

Функционално испитивање слуха и равнотеже  
Тонална лиминарна аудиометрија (нивои оштећења у dB)  
Експерименти равнотеже

	500 Hz	1.000 Hz	2.000 Hz	3.000 Hz	4.000 Hz	6.000 Hz			
Десно ухо							ФАТБ према НАСА Р/93		
Лијево ухо							Ротаторни тест Калоријски тест		

Спирометрија: .....  
Динамометрија: .....  
ЕКГ: .....  
RTG плућа урађен (дан, мјесец, година): ...../...../....., Број: .....  
Налаз: .....  
Лабораторијски налази рађени (дан, мјесец, година): ...../...../..... – у прилогу

Крвна група и Rh-фактор: .....

Остали прегледи и претраге:

Стање вакцинације евидентирано:  да  не

### ОЦЈЕНА ЗДРАВСТВЕНЕ СПОСОБНОСТИ ЧЛАНА ПОСАДЕ БРОДА

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

Способан за службу на броду  Неспособан за службу на броду

Привремено неспособан .....  
 у служби палубе  у служби палубе  
 у служби машине  у служби машине  
 у општој служби  у општој служби  
Способан за: ..... Неспособан за: .....  
 без ограничења  Привремено неспособан за: .....  
 са ограничењем ..... Члан и тачка Правилника: .....  
Шифра болести према МКБ-10: .....

оцјена здравствене способности није издата због: .....  
 остале напомене: .....  
Мјесто прегледа: ..... Датум (дан/мјесец/година): .....  
Датум истека важења увјерења (дан/мјесец/година): .....

.....  
(доктор медицине – спец. медицине рада)

Број: .....  
Датум уписа: .....

### ПСИХОЛОШКИ ПРЕГЛЕД ЧЛАНА ПОСАДЕ БРОДА

.....  
(име, име оца/мајке, презиме)

Пол  мушки  женски  
Држављанство: .....  
Датум рођења: ..... Мјесто и држава рођења: .....  
Адреса становања: .....  
Назив и сједиште послодавца: .....  
Звање: .....  
Радно мјесто: .....  
Брачно стање: .....  
Идентитет лица утврђен је на основу:  
 личне карте  бродарске/поморске књижице  пасоша  
Ранија радна мјеста: .....  
Служба на броду: .....  
1. Стандардизовани психолошки интервју  
2. Перцептивне и специјалне способности  
3. Когнитивне функције  
4. Процјена особина личности

СПОСОБАН – НЕСПОСОБАН

ПСИХОЛОГ

.....