

(Назив подносиоца Захтјева)

Мјесто: .....

Датум: .....

Број: .....

**ЗАХТЈЕВ**  
за обављање здравственог прегледа

Упућује се ..... (презиме, име оца, име), рођен/-а у .....

ЈМБ: ....., завршеном школом и степеном стручне спреме ....., на здравствени преглед ради:

– пријема на рад у ....., на радно мјесто .....

– распоређивања на рад у ....., на радно мјесто .....

– периодичног, односно редовног прегледа запосленог у ....., на радном мјесту .....

– ванредног/надзорног прегледа запосленог у ....., на радном мјесту .....

– по основу .....

Прилог: медицинска документација

М. П.

.....  
(Потпис подносиоца Захтјева)

## ПРИЛОГ 2.

## ИЗЈАВА

Ја, доље потписани/-а, под материјалном и кривичном одговорношћу, потврђујем да је моја наведена лична изјава истинита и сагласан/-на сам да се сва моја медицинска документација која се налази код мог доктора медицине – специјалисте породичне медицине, као и других доктора медицине или у другим здравственим установама, на тражење достави на захтјев здравствене установе у области медицине рада и спорта.

<b>ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМ</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕ</b>
1. Проблеми са очима или видом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Проблеми са слухом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Проблеми одржавања равнотеже	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Повишен крвни притисак	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Болести срца и крвних судова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Астма или хронични бронхитис	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Болести крви	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Дијабетес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Болести штитне жлијезде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Болести пробавног система	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Болести бубрега или крв у урину	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Кожне болести	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Алергије	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Тумори	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Операције	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Мигрене / учестале и јаке главобоље	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Губитак свијести из било којег разлога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Вртоглавице или омаглице	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Неуролошки поремећаји / мождани удар / друго	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Болести мишићно-коштаног система које захтијевају употребу лијекова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Повреда главе / друге повреде	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Сметње у менталном здрављу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Покушај самоубиства	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Поремећаји памћења	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Проблеми са спавањем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Злоупотреба алкохола / дрога / лијекова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Пријем у болницу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ако је одговор на неко од питања био “ДА”, уписати детаље (ако нема довољно простора, податке написати на посебан лист папира, по потреби приложити здравствену и другу документацију).

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

**ДОДАТНА ПИТАЊА:**

- |   | ДА                       | НЕ                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Да ли сте икада лијечени у болници?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Да ли сте икада проглашени здравствено неспособним?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Да ли сте икада упућени на ванредни здравствени преглед?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Да ли тренутно или повремено користите лијекове?<br>Ако је одговор “ДА”, наведите које лијекове, дијагнозу и дозу:<br>.....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Да ли је неко у вашој породици боловао или је лијечен од:<br>– Дијабетеса,<br>– Сметњи у менталном здрављу,<br>– Других болести.     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Регистрован/-а сам у тиму породичне медицине .....

Име и презиме доктора медицине – специјалисте породичне медицине .....

.....  
(Име, име оца и презиме)

У Бањој Луци, .....

ЈМБ: .....

Број ЛК: .....

.....  
 .....  
 (назив здравствене установе)

.....  
 (мјесто)

Број: .....

Датум: .....

### ОБРАЗАЦ ЗДРАВСТВЕНИХ ПРЕГЛЕДА ЗА ПРИЈЕМ НА РАД ВАТРОГАСЦА-СПАСИОЦА

ПРЕТХОДНИ                       ПЕРИОДИЧНИ                       ВАНРЕДНИ

Презиме (име оца) име: .....

Дан, мјесец и година рођења: .....

Пребивалиште и мјесто становања: ....., улица: .....

број: .....

Школска спрема: .....

Брачно стање: .....

Занимање: .....

Запослен/-а код: .....

Посао који обавља: .....

ЈМБ: .....

Број личне карте: ..... издата од: .....

#### АНАМНЕЗА:

Садашње тегобе: .....

Лична анамнеза: .....

#### Породична анамнеза:

болести плућа:	ДА – НЕ	дијабетес:	ДА – НЕ
болести срца:	ДА – НЕ	сметње у менталном здрављу:	ДА – НЕ
болести јетре:	ДА – НЕ	епилепсија:	ДА – НЕ
висок ТА:	ДА – НЕ	алкохолизам:	ДА – НЕ
фрактуре:	ДА – НЕ	насиље у породици:	ДА – НЕ
друге повреде:	ДА – НЕ	зависност:	ДА – НЕ

Социјална анамнеза: .....

#### СТАТУС ПРЕЗЕНС:

Висина: ..... cm, тежина: ..... kg, ..... BMI.....

Индекс абдоминалне гојазности: ..... пулс: ..... / min, ТА: ..... mmHG.

Општи изглед: .....

Глава и врат: .....

Слузница: .....

Кожа: .....

Лимфне жлијезде: .....

Грудни кош: .....

Плућа: .....

Срце: .....

Абдомен: .....

Урогенитални органи: .....

Кичма: .....

Горњи екстремитети: .....

Доњи екстремитети: .....

**ЛАБОРАТОРИЈСКИ НАЛАЗИ:**

SE ..... KKS ..... ŠUK ..... Bilirubin uk. .... Bilirubin dir. ....  
AST ..... ALT ..... GGT.....  
алкална фосфатаза ..... уреа ..... креатинин .....урин.....  
ЕКГ и Харвард степ тест: .....  
Вестибулометријска претрага: .....  
Тест на присуство психотропних супстанци:.....  
Остали налази:.....

**МИШЉЕЊЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ – СПЕЦИЈАЛИСТЕ МЕДИЦИНЕ РАДА**

Потпис доктора медицине:

.....

**ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПРЕГЛЕД:**

Анамнеза:

.....

Траума главе:

- 1. са губитком свијести           ДА – НЕ
- 2. без губитка свијести           ДА – НЕ

Несвјестице:

Вртоглавице:

Епилепсија:

Алкохолизам:

Зависност од лијекова и/или психоактивних супстанци:

Неурозе:

Лијечен код доктора медицине – специјалисте психијатрије / неуропсихијатрије:

Неуролошки статус:

Психички статус:

**МИШЉЕЊЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТЕ ПСИХИЈАТРИЈЕ / НЕУРОПСИХИЈАТРИЈЕ:**

Потпис доктора медицине:

.....

**МИШЉЕЊЕ ДИПЛОМИРАНОГ ПСИХОЛОГА**

Потпис дипломираног психолога:

.....

**ОФТАЛМОЛОШКИ ПРЕГЛЕД:**

ВИСУС: на даљину: OD ..... OS.....

VOU:.....

на близину: OD ..... OS .....

VOU:.....

FOU:.....

Видно поље:.....

Колорни вид:.....

Остали налази:

.....

**МИШЉЕЊЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТЕ ОФТАЛМОЛОГИЈЕ**

Потпис доктора медицине:

.....

**МИШЉЕЊЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЈЕ**

Потпис доктора медицине:

.....

Потпис доктора медицине:

.....

ОСТАЛИ КОНСУЛТАТИВНИ ПРЕГЛЕДИ

Потпис доктора медицине:

.....

ЗАКЉУЧНО МИШЉЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ВАТРОГАСЦА-СПАСИОЦА

Дијагноза:

СПОСОБАН/-НА

НЕСПОСОБАН/-НА

ПРИВРЕМЕНО НЕСПОСОБАН/-НА ДО  
ОКОНЧАЊА ЛИЈЕЧЕЊА

Напомена: .....

.....

Датум: .....

М. П.

.....

Доктор медицине  
специјалиста медицине рада

ПРИЛОГ 4.

КРИТЕРИЈУМИ ОЦЕНЕ ПСИХОФИЗИЧКЕ СПОСОБНОСТИ ПО ЗДРАВСТВЕНИМ ЗАХТЈЕВИМА

ВРСТА ЗАХТЈЕВА		ЗДРАВСТВЕНА ГРУПА		
		ПРВА (I)	ДРУГА (II)	ТРЕЋА (III)
1.0. МОРФОЛОШКИ СТАТУС	1.1. ТЈЕЛЕСНА МАСА	Мушкарци – виши од 170 cm Жене – више од 165 cm	Мушкарци – виши од 170 cm Жене – више од 165 cm	Није битан услов
	1.2. ИНДЕКС ТЈЕЛЕСНЕ МАСЕ (БМИ) и абдоминалне гојазности	БМИ од 18 до 25 или абдоминална гојазност до 0,94	БМИ од 18 до 29	БМИ од 18 до 32
2.0. СРЦЕ И СИСТЕМ ЗА КРВОТОК	2.1. ФРЕКВЕНЦИЈА СРЦА	> 50 < 90/мин.	> 50 < 100/мин.	> 50 < 110/мин.
	2.2. – систолни ТА – у mm/Hg – дијастолни	< 140 > 110 < 80 > 60	< 150 > 100 < 90 > 50	< 160 > 100 < 100 > 50
3.0. СИСТЕМ ЗА ДИ-САЊЕ	3.1. СПИРОМЕТРИЈА	ВЦ 100% ФЕВ1 100%	ВЦ > 80% од предвиђеног ФЕВ1 > 80% од предвиђеног	ВЦ > 65% < 80% од предвиђеног ФЕВ1 > 65% < 80% од предвиђеног
4.0. ОРГАН ЧУЛА ВИДА	а) нови кандидати	Без корекције једно око 1,0 сц, а друго око најмање 0,6 сц или на оба ока 0,8 сц	Са корекцијама или без корекције једно око 1,0 сц, а друго око најмање 0,6 сц или на оба ока најмање 0,8 сц Ако се постиже корекција, она може бити до ±4,0 sph / ±2,0 су1, а натурални вид на лошијем оку мора бити 0,5 сц	Са корекцијама или без корекције на сваком око најмање по 0,8 сц (дозвољена корекција до ±4,0 sph / ±2,0 су1)
	б) преко 40 година старости (периодични или ванредни преглед)	Са корекцијама или без корекције једно око 1,0 сц, а друго око најмање 0,6 сц или на оба ока 0,8 сц. Ако се постиже корекција, она може бити до ±4,0 sph / ±2,0 су1, а натурални вид на лошијем оку мора бити 0,5 сц		
	Колорни вид	Нормалан	Аномалија (лака аномалија – АQ од 0,5 до 5,0)	
5.0. ОРГАН ЧУЛА СЛУХА И РАВНО-ТЕЖЕ	а) нови кандидати	Без губитка слуха	Губитак слуха у говорним фреквенцијама 500, 1000, 2000 и 3000 Hz на 40 dB, на 4000 Hz на 60 dB обострано или једно ухо нормалан слух, а једнострано на 4000 Hz губитак до 70 dB	Губитак слуха у говорним фреквенцијама 500, 1000, 2000 и 3000 Hz на 40 dB, на 4000 Hz до 70 dB обострано или једно ухо нормалан слух, а једнострано на 4000 Hz губитак до 80 dB
	б) преко 40 година старости (периодични или ванредни преглед)	Губитак слуха у говорним фреквенцијама 500, 1000, 2000 и 3000 Hz на 40 dB, на 4000 Hz на 50 dB обострано или једно ухо нормалан слух, а једнострано на 4000 Hz губитак до 50 dB		

6.0. ПСИХОЛОШКИ УСЛОВИ: Утврђивање општих и интелектуалних способности подразумијева коришћење верификоване батерије психодијагностичких инструмената и тестова (који вриједи за категорије А и Б) којом се одређују:

- општа интелигенција (минимум IQ 90),
- спацијални фактор (минимум PR 50),
- перцептивни фактор (минимум PR 50),
- вербални фактор (минимум PR 40),
- брзина психомоторног дјеловања у категорији просјека (реаговање рукама на сложене дражи, реаговање рукама на једноставне и сложене дражи за возаче ватрогасних возила).

НАПОМЕНА: Наведени захтјеви су на претходном прегледу апсолутни услов, на периодичним и ванредним прегледима при процјени радника који су у радни однос примљени прије измјене Правилника узети у обзир радну анамнезу, старосну категорију и податке о повредама на раду и радној ефикасности.

Процјена особина личности подразумијева коришћење верификованих психодијагностичких тестова с циљем да се утврди изостанак:

- свих облика неприлагођеног и неадекватног понашања и показатеља емотивне и социјалне незрелости и нестабилности;
- тестовних показатеља свих облика неуротских реаговања који су контраиндикација за обављање послова ватрогасца;
- тестовних показатеља психопатолошких измјена личности који су апсолутна контраиндикација за обављање послова ватрогасца, а уједно и индикација за упућивање на преглед доктору медицине – специјалисти психијатрије и специјалисти медицинске психологије.









БОЛЕСТИ УРОГЕНИТАЛНОГ СИСТЕМА	1. Све урођене или стечене неправилности уринарног система без поремећаја функције	+	+	+	+	+	+	+	+
	2. Све хроничне упале урогениталног система	-	-	-	+	+	+	+	+
	3. Уролитијаза	-	-	+	+	+	+	+	+
	4. Ендометриоза, менометрорагија	-	-	-	-	+	+	+	+
	5. Хроничне упале дојке, мастопатија са сметњама	-	-	-	-	+	+	+	+
	6. Остале болести, стања или неправилности урогениталног система које оштећују функцију	-	-	-	-	-	-	-	-
ОСТАЛЕ БОЛЕСТИ И СТАЊА	1. Све урођене малформације, деформитети, хромосомске аберације које узрокују функционална или значајна естетска оштећења	-	-	-	-	-	-	-	-
	2. Неволни покрети, тикови, тремор	-	-	-	-	+	+	+	+
	3. Поремећаји мириса, укуса, поремећаји сензибилитета коже	-	-	-	-	-	-	-	-
	4. Поремећаји говора и гласа	-	-	-	-	+	+	+	+
	5. Последице повреда, тровања или других вањских узрока које оштећују функцију	-	-	-	-	-	-	-	-
	6. Намјерно самоповређивање или тровање или покушај суицида	-	-	-	-	-	-	-	-
	7. Абнормални налази код крвних претрага, без дијагнозе	-	-	-	-	-	-	-	-

Легенда:

+ означава могућност за обављање послова ватрогасца

- означава контраиндикацију за обављање послова ватрогасца

A – означава категорију професионалног ватрогасца-спасиоца

Б – означава категорију старјешине професионалне ватрогасно-спасилачке јединице и замјеника старјешине професионалне ватрогасно-спасилачке јединице.

.....  
.....  
(назив здравствене установе)

.....  
(мјесто)

Број: .....

Датум: .....

На основу чл. 9. и 9а. Правилника о здравственим и психофизичким условима које морају да испуњавају ватрогасци-спасиоци (“Службени гласник Републике Српске”, број: \_\_\_\_\_), издаје се

**УВЈЕРЕЊЕ  
О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ВАТРОГАСЦА-СПАСИОЦА**

Презиме (име оца) име: .....

Дан, мјесец и година рођења: .....

Мјесто рођења: .....

Пребивалиште и мјесто становања: ....., улица: .....

број: .....

ЈМБ: .....

Л. к. .... издата од: .....

На основу расположиве документације, анамнестичких података, специјалистичких прегледа и објективног налаза, оцијењено је да је прегледани/-а:

СПОСОБАН/-НА

НЕСПОСОБАН/-НА

за рад у: .....  
(назив организационе јединице)

на радном мјесту: .....  
(назив радног мјеста)

Датум: .....

М. П. ....

.....  
Доктор медицине  
специјалиста медицине рада

.....  
.....  
(назив здравствене установе)

.....  
(мјесто)

Број: .....

Датум: .....

На основу члана 10. Правилника о здравственим и психофизичким условима које морају да испуњавају ватрогасци-спасиоци (“Службени гласник Републике Српске”, број: \_\_\_\_\_), издаје се

### ИЗВЈЕШТАЈ

#### О ПРОМЈЕНИ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА КОЈЕ УТИЧЕ НА ЗДРАВСТВЕНУ СПОСОБНОСТ ВАТРОГАСЦА-СПАСИОЦА

Презиме (име оца) име: .....

Дан, мјесец и година рођења: .....

Мјесто рођења: .....

Пребивалиште и мјесто становања: ....., улица: .....

број: .....

ЈМБ .....  
.....

Л. к. .... издата од: .....

На основу расположиве документације, анамнестичких података, специјалистичких прегледа и објективног налаза, утврђена је промјена здравственог стања које утиче на здравствену способност ватрогасца-спасиоца, и то:

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

Датум: .....

М. П.

.....

Доктор медицине  
специјалиста медицине рада