

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

## Skjema for vurdering av medisinsk skikkethet

Forskrift av 5. juni 2014 nr. 805

om helseundersøkelse av arbeidstakere på norske skip og flyttbare innretninger (helseforskriften)

*Bare til bruk for sjømannslege. Skal oppbevares hos legen i henhold til enhver tid gjeldende regler om oppbevaring av medisinske opplysninger i vedkommende land*

A. PERSONALIA					
Følgende dokumenter er godkjent som ID-dokument: Pass, sjøfartsbok, førerkort, bankkort og nasjonalt ID-kort			Type ID-dokument:		ID-dokumentnr:
Fødsels- og personnummer:		Mann:		Kvinne:	
Etternavn:					
For- og mellomnavn:					
Bostedsadresse:					
Nasjonalitet:					
B. TJENESTE OM BORD					
Stilling om bord:					
Brovaktfunksjon?	Ja:		Nei:		Hvis ja, hvilken:
Sikkerhetsfunksjon?	Ja:		Nei:		Hvis ja, hvilken:
C. TYPE SKIP					
Tørrlast skip (bulk, container etc.):		Passasjerskip (ferge, cruise etc.):			
Tankskip (olje, gass, kjemikalie):		Hurtiggående fartøy:			
Fiske- og fangstfartøy:		Supplyskip:			
Annen type skip:		Hvilken type:			
D. FARTSOMRÅDE					

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

## E. EGENERKLÆRING

Har du, eller har du noen gang hatt en eller flere av de følgende tilstandene?

Nr.	Tilstand	Ja:	Nei:
1.	Øye-/synsproblemer		
2.	Høyt blodtrykk		
3.	Hjerte-kar sykdom		
4.	Hjerte-kirurgi		
5.	Åreknuter/hemorroider		
6.	Astma/bronkitt		
7.	Blodsykdom		
8.	Diabetes (sukkersyke)		
9.	Stoffskifteproblemer		
10.	Fordøyelsesproblemer		
11.	Nyreproblemer		
12.	Hudproblemer		
13.	Allergier (høysnue, allergisk eksem eller andre allergiske tilstander)		
14.	Infeksiøs/smittsom sykdom		
15.	Brokk		
16.	Sykdom i kjønnsorganene		
17.	Graviditet		
18.	Søvnvansker		
19.	Kirurgiske inngrep		
20.	Epilepsi		
21.	Svimmelhet/besvimelse		
22.	Tap av bevissthet		
23.	Psykiske problemer		
24.	Depresjon		
25.	Forsøk på selvmord		
26.	Hukommelsestap		
27.	Balansevansker		
28.	Alvorlig hodepine		
29.	Problemer i øre-nese-halsområdet (inklusive øresus, hørselsproblemer)		
30.	Bevegelsesvansker		
31.	Rygg- eller ledd-problemer		
32.	Amputasjoner		
33.	Brudd eller ledd ute av stilling		
34.	Røyker du eller har du røykt tobakk?		
35.	Bruk/misbruk av alkohol		
36.	Bruk/misbruk av narkotisk stoff		

Hvis du svarte «ja» på et eller flere av spørsmålene – beskriv nærmere her:

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

Nr	Tilleggsspørsmål	Ja:	Nei:
37.	Har du noen gang blitt avmønstret eller repatriert på grunn av sykdom?		
38.	Har du noen gang vært innlagt på sykehus?		
39.	Har du noen gang blitt erklært udyktig for arbeid på skip?		
40.	Har du noen gang fått en begrenset helseerklæring eller helseerklæringen trukket tilbake?		
41.	Vet du om at du har noen medisinsk tilstand, sykdom eller plage?		
42.	Kjenner du deg frisk og i stand til å utføre arbeidet i den tiltenkte stillingen/yrket?		
Utfyllende informasjon:			
Nr	Medisinering	Ja:	Nei:
43.	Har du noen gang reagert allergisk på medisiner du har fått?		
44.	Bruker du noen reseptfrie eller reseptpliktige medisiner fast eller regelmessig?		
Hvis du besvarte «ja», opplys hvilke medisiner du tar, hvorfor og i hvilke doser du tar dem:			

Jeg erklærer herved at ovenstående opplysninger er riktige og fullstendige. Jeg er klar over at jeg ikke har krav på lønn fra rederiet dersom jeg svikaktig har fortiet skade eller sykdom ved ansettelse, eller pådrar meg skaden eller sykdommen forsettlig etter ansettelsen, jf. lov 21. juni 2013 nr. 102 om stillingsvern mv. for arbeidstakere på skip (skipsarbeidsloven) § 4-4 tredje ledd. Fortielse av skade eller sykdom vil være svikaktig dersom det dreier seg om helsekrav som skal være oppfylt etter lov 16. februar 2007 nr. 9 om skipssikkerhet (skipssikkerhetsloven) § 17.

Sted:	Dato:	Arbeidstakerens signatur:
Bevitnet av:	Vitnets signatur og navn med blokkbokstaver:	

## F. SAMTYKKE TIL Å INNHENTE MEDISINSK INFORMASJON

Jeg samtykker i at relevante opplysninger om tidligere sykdommer fra trygdekontor, lege, sykehus, annen helseinstitusjon, og eventuell offentlig myndighet kan innhentes av godkjent sjømannslege, \_\_\_\_\_, til bruk for sjømannslegens vurdering og evt. for klageinstansen etter helseforskriften.

Sted:	Dato:	Arbeidstakerens signatur:
Bevitnet av:	Vitnes signatur og navn med blokkbokstaver:	

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

G. MEDISINSK UNDERSØKELSE																																							
G1. Synsstyrke																																							
	Ukorrigert			Korrigert																																			
	Høyre øye:	Venstre øye:	Binokulært:	Høyre øye:	Venstre øye:	Binokulært:																																	
Avstandssyn																																							
Lese-syn																																							
G2. Synsfelt a.m. Donders																																							
	Normalt	Ikke normalt	Kommentarer:																																				
Høyre øye																																							
Venstre øye																																							
G3. Fargesyn – Ishihara test med 24, hhv. 38 plater (hvis ikke normalt, henvises til nærmere kartlegging)																																							
Ikke testet	Normalt	Fargesvak	Fargeblind	Kommentarer																																			
Plater som leses ved Ishihara ("x" = leses riktig, "-" = leses feil)																																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		
G4. Hørsel																																							
	Audiometri					Tale- og hviskestemme (meter)																																	
Frekvens	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	Gjennomsnitt	Talestemme		Hviskestemme																															
Høyre øre																																							
Venstre øre																																							
G5. Kliniske funn																																							
Høyde (cm)	Vekt (kg)	BMI	Puls (/min)	Rytme	Blodtrykk (mmHg)		Urinundersøkelse (stix)																																
					Systolisk	Diastolisk	Glukose	Protein	Blod																														
Nr	Organ eller system	Normalt	Unormalt	Kommentarer																																			
1	Hode																																						
2	Bihuler, nese, svelg																																						
3	Munn/tenner																																						
4	Ører (generelt)																																						
5	Oftalmoskopi																																						
6	Pupiller																																						
7	Øyebevegelser																																						
8	Lunger og brystkasse																																						
9	Undersøkelse av bryster (bare når klinisk indikasjon)																																						
10	Hjerte																																						

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

11	Hud			
12	Varicer			
13	Sirkulasjon (inkl. fotpuls)			
14	Abdomen og viscera			
15	Brokk			
16	Anus (ikke rektal-u.s. Bare når klinisk indikasjon)			
17	Gynekologisk undersøkelse (bare når klinisk indikasjon)			
18	Ekstremiteter			
19	Columna (C, Th, L, S)			
20	Nevrologisk (full u.s. eller delvis u.s.)			
21	Psykiske forhold			
22	Generelt inntrykk			

#### **G6. Fysiske kapasiteter**

<b>Fysisk kapasitet</b>	<b>Test som er brukt:</b>	<b>Resultat:</b>
Styrke		
Utholdenhet		
Fleksibilitet		
Balanse og koordinasjon		
Kroppsstørrelse		
Arbeidskapasitet		
Egnethet for spesielle arbeids- oppgaver		



Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

<b>G7. Undersøkelse for tuberkulose</b>			
Arbeidstakeren er pliktig til å gjennomgå tuberkulosekontroll i henhold til forskrift Nr. 205 av 13. februar 2009 om tuberkulosekontroll. Se veiledning.			
Hvis et av de nedenstående spørsmålene besvares med «ja», må røntgen av lunger gjennomføres	Ja	Nei	
Har arbeidstakeren oppholdt seg mer enn tre måneder i et land med høy prevalens av tuberkulose i de siste tre årene (>40/100.000/år)?			
Foreligger det opplysninger om tidligere tuberkulose?			
Har arbeidstakeren vært utsatt for miljøsmitte?			
Foreligger klinisk mistanke om tuberkulose?			
<b>Rtg. Thorax (Rtg-bildet skal måle minst 100x100 mm – digital rtg thorax er akseptabel)</b>			
Dato:	Institutt/sykehus:	Resultat:	
Ved funn ved klinisk undersøkelse eller lungerøntgen må aktiv sykdom utelukkes ved undersøkelse av oppspytt eller mer avanserte radiologiske metoder for lungeundersøkelse			
<b>G8. Andre diagnostiske tester – utføres når det er klinisk indikasjon</b>			
Test:	Testmedium:	Resultat:	Måleenhet:
<b>G9. Epikriser/uttalelser fra sykehus og spesialister</b>			
Fra:	Dato:	Viktigste informasjon:	

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

<b>H. RISIKOVURDERING</b>					
<b>H1. Mulig(e) hendelse(r)</b> som kan opptre, basert på arbeidstakerens medisinske tilstand					
<b>H2. Sannsynlighet</b> for at denne/disse hendelsen(e) skal opptre hos den aktuelle arbeidstakeren	Svært lav (1) (<2 %)	Lav (2) (2-5 %)	Moderat (3) (5-10 %)	Høy (4) (> 10 %)	
<b>H3. Konsekvenser</b> som kan kompromittere sikkerheten i den stillingen arbeidstakeren har	Hvilke		Neglisjerbar (1)	Moderat (2)	Alvorlig (3)
<b>H4. Kalkulering av risiko</b> (sannsynlighet x konsekvens = risiko)	Akseptabel		Akseptabel hvis kompensert	Ikke akseptabelt	
<b>H5. Kompenserende tiltak</b>					
<b>H6. Risikoevaluering</b>					
<b>I. VEDTAK</b>					
På grunnlag av arbeidstakerens egenerklæring, min kliniske undersøkelse og resultater av de diagnostiske tester som er anført ovenfor samt de medisinske epikriser/uttalelser som er nevnt, og i samsvar med forskrift av 5. juni 2014 nr. 805 om helseundersøkelse av arbeidstakere om bord i norske skip og flyttbare innretninger, erklærer jeg at arbeidstakeren er medisinsk:					
<b>I1. Egnethet</b>					
<b>Funksjon:</b>	<b>Brovaktsfunksjon</b>	<b>Sikkerhetsfunksjon</b>	<b>Annen tjeneste om bord</b>		
Egnet uten begrensning					
Egnet med begrensning					
Foreløpig udyktig (T)					
Permanent udyktig (P)					
<b>I2. Begrensninger</b>					
<b>Begrensning i tid, fartsområde, stilling</b>		<b>Synshjelpemidler</b>		<b>Hørselshjelpemidler</b>	
Ja:	Nei:	Ja:	Nei:	Ja:	Nei:
Hvis begrensning i tid, stilling om bord, skipstype, fartsområde eller andre spesielle vilkår, spesifiser:					
Stilling:					
Funksjon:					
Fartsområde:					
Gyldighetsperiode:					
Spesielle vilkår:					

Serienummer på helse-/udyktighetserklæring:

### 13. Faste eller regelmessige medisiner som tillates brukt i tjeneste om bord

Jeg har vurdert sikkerhetsrisikoen knyttet til fast eller regelmessig bruk av de nedenstående nevnte medikamentene. Jeg finner risikoen akseptabel, og bekrefter at bruken av disse medisinene ikke vil påvirke arbeidstakerens sikre jobbutførelse. I samsvar med denne beslutningen har jeg utstedt erklæring om medikamentbruk som er tillatt i tjeneste om bord.

Preparat/medikament:	Generisk substans:	Dosering:	Indikasjon:

### 14. Begrunnelse for vedtaket

Medisinsk begrunnelse for vedtaket:

Hjemmel for vedtaket:

### 15. Sjømannslegens signatur

Sted:

Dato:

Signatur:

Navn med blokkbokstaver og stempel: