



Påfør serienummer (se side 6):

/side 1

FORTROLIG

Skjema for helseundersøkelse av arbeidstakere på skip (bare for legens bruk og skal oppbevares hos legen i henhold til enhver tid gjeldende regler om oppbevaring av medisinske opplysninger i vedkommende land)

A) PERSONALIA

Passnummer, sjøfartsbok eller annet identitetsbevis
angi dokument type og ID nummer:

Fødselsdato: (dag/måned/år): / /

Kjønn: Mann Kvinne

Fullstendig navn med store bokstaver:

Etternavn:

Fornavn:

Mellomnavn:

Bostedsadresse:

Nasjonalitet:

Sivilstatus: gift/samboer: ugift: enke/enkemann:

Tjeneste om bord: Stilling om bord:

Brovaktfunksjon: Ja Nei

Hvis Ja, skipsfører, navigatør, annet

Sikkerhetsfunksjon: Ja Nei

Hvis Ja, hvilke(n)?

Type skip: tørrlast skip (bulk, container etc.) passasjerskip (ferge, cruise etc.)

tankskip (olje, gass, kjemikalie) hurtiggående fartøy

fiske- og fangstfartøy supply skip

andre type skip hvilke?

Fartsområde: hvilke(t)?

B) EGENERKLÆRING		Ja	Nei
Har du begrenset helseerklæring i dag? Hvis Ja, hvilken/hvilke restriksjon(er)? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang søkt om å få fravike kravene til helse/syn/hørsele? Hvis Ja, hva var vedtaket? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang sykeavmønstret fra et skip? Hvis Ja, hvorfor? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang blitt erklært udyktig til tiltredelse av stilling av helseomsyn? Hvis Ja, hvorfor? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen sykdom(mer)/ annen/andre helsetilstand(er) som du er klar over? Hvis Ja, hvilke(n)? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker du medisiner regelmessig? Hvis Ja, hva slags medisiner? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært innlagt på sykehus? Hvis Ja, hvorfor? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer med søvn? Hvis Ja, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang hatt nervøs(e) eller mental(e) lidelse(r)? Hvis Ja, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer med misbruk av rusmidler? Hvis Ja, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noe gang hatt alvorlig(e) allergisk(e) reaksjon(er)/eksem/hudsykdom(mer)? Hvis Ja, hva reagerte du på? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noe gang vært bevisstløs/svimmel? Hvis Ja, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du skade(r) som gir varig mén/plager? Hvis Ja, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt diaré episoder i de siste 3 måneder? Hvis Ja, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært i utlandet nylig? Hvis JA, hvor? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker du eller behøver du kontaktlinser eller briller for å se normalt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er det forhold ved din helse for øvrig som kan påvirke din arbeidsevne? Hvis JA, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du deg helsemessig skikket for den tjenesten du skal tiltre? Hvis NEI, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg samtykker i at opplysninger om tidligere sykdommer kan innhentes fra trygdekontor, lege, sykehus, annen helseinstitusjon, og eventuelt offentlig myndighet.			
Jeg er klar over at jeg etter bestemmelser i sjømannsloven ikke har krav på enkelte av de ytelser fra rederiet som er nevnt der, hvis jeg svikaktig har fortiet sykdom eller skade ved ansettelse. (jf. Sjømannslov 30. mai 1975 nr. 18)			
Jeg er kjent med at den som uberettiget tjenestegjør på skip uten å ha de egenskaper for stillingen som er bestemt i lov eller med hjemmel i lov, straffes med bøter eller med fengsel inntil 3 måneder (jf. Almindelig borgerlig Straffelov 22. mai 1902 nr. 10 § 424)			
Sted _____	Dato (dag/måned/år) _____	/	/

C) PLIKTIGE UNDERSØKELSER

Høyde: cm

Vekt: kg

Laboratorieundersøkelser:Urine-stix (+ eller -): protein glukose RBC WBC

Hb / g/dl SR mm/hr

Blodtrykk /

Kontroll av tuberkulose:

Arbeidstaker er pliktig til å gjennomgå tuberkulosekontroll i henhold til enhver tid gjeldende regler i henhold til lov 5. august 1994 om vern mot smittsomme sykdommer.

Røntgen, lunger (dato og resultat)
(røntgen skal minst måle 100x100 millimeter)

Pirquets prøve eller Mantoux-test (dato og resultat)

Annet

Undersøkelse av hørselen:**Audiometri med rentoneaudiometer:**

Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000
Høyre øre							
Venstre øre							

Uten audiometer:

Resultat er tilfredsstillende i henhold til gjeldende regelverk Ja Nei

Hvis resultat ikke er tilfredsstillende kan arbeidstaker i henhold til gjeldende regelverk tillates bruk av høreapparat for å få akseptabel hørsel? Ja Nei

Ved **tvilstilfeller** skal det gis veiledning om muligheten til å undersøkes av øre-, nese- og halsspesialist for taleaudiometriundersøkelse og muligheten til deretter å søke om fravik fra gjeldende krav.

Undersøkelse av synet:**Syn (fjern – 5m):**

	Høyre øye	Venstre øye	Begge øyne	Fyller kravene	
				Ja	Nei
ukorrigert					
korrigert					
kontaktlinser					
briller					

Synsfelt:

	Høyre	Venstre	Kommentarer hvis ikke normalt:
Normalt			
Ikke normalt			

Fargesyn:

Tester som er benyttet:

- normalt
- ikke normalt
- ikke undersøkt

- Ishihara
- Lanternetest _____

Det er ikke tillatt å benytte kontaktlinser eller briller hvis hensikt er å fremme fargesyn.

Arbeidstaker som **ikke består Ishihara fargetest** utført av sjømannslege, skal gis veiledning om muligheten til å undersøkes med lanternetest av øyespesialist og muligheten til deretter å søke om fravik fra gjeldende krav.

Øyesykdommer

Øyesykdommer eller defekter hvor arbeidstaker ikke har en mulighet til å få den nødvendige behandlingen om bord

Hvilke(n)?

Klinisk undersøkelse:**Er det noen symptomer/tegn på følgende:****JA****NEI**

1.	kommunikasjonsproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	fysisk senfølge etter tidligere skade/sykdom eller medfødte misdannelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	nervøse tilstander, følelsesmessig labil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	hudsykdommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	abnorme funn i lymfekjertel, thyreoidea – puls ved palpasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	infeksjonssykdom eller betennelsessykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	kardiovaskulær sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	abnorme funn ved auskultasjon av hjerte, lungene eller halspulsårene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	sykdom/tilstand i muskel-/skjelettsystemet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	nevrologisk sykdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	endokrine sykdommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	patologisk forstørrelse av lymfekjertler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	sykdommer i tenner og /eller tannkjøtt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	mage-tarm (G.I.T) sykdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	sykdom/tilstand i urogenitaltractus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	sykdom/tilstand i brystkjertlene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	sykdom tilknyttet lungene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	kortpustethet, kroniske smerter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	søvnløshet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	kroniske eller akutte fysiske plager/tilstander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	kroniske eller akutte mentale tilstander eller psykiske sykdommer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	misbruk av rusmidler og/eller alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du som sjømannslege har svart **JA** på noen av de ovennevnte spørsmål, bør ytterligere informasjon oppgis nedenfor:

Påfør serienummer (se side 6):

/ side 6

VAKSINASJON (Det anbefales å gjennomgå vaksinasjonsstatus. Enkelte land krever at personen er vaksinert for å kunne få tillatelse til å oppholde seg innenfor deres territorium.):

vaksine	Dato	Dato	Dato	Dato	Gyldig til
BCG	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
GUL FEBER	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
KOLERA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DIFTERI/TETANUS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITT A	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITT B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
JAPANSK ENCEFALITT	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

Vedtak:

Arbeidstaker er helsemessig skikket til tjenesten:

Ja

Nei

Hvis JA:

På bakgrunn av arbeidstakers egenerklæring, resultatet fra de ovennevnte syns- og hørselsundersøkelsene, de kliniske undersøkelsene og laboratorietestene, utstedes **helseerklæring** til,:

etternavn

mellomnavn

fornavn

da han/hun er funnet helsemessig skikket til tjeneste på skip i den antatte stillingen og i de funksjoner oppgitt av vedkommende jf. **Forskrift 19. oktober 2001 om helseundersøkelse av arbeidstakere på skip med vedlegg.**

Det er **ikke** vedtatt noen begrensninger

Følgende **begrensninger er vedtatt av sjømannslege** mht helseerklæringens gyldighet

stilling:

funksjon:

fartsområde:

HUSK Å PÅFØRE SERIENUMMERET FRA **HELSEERKLÆRING** PÅ DETTE SKJEMAET.

Den ENGELSKE betegnelsen må fylles ut der skjemaet krever det, for alle arbeidstakere som skal tiltre tjeneste i utenriksfart. Dette av hensyn til havnestatskontroll.

Hvis NEI:

Skjema **Udyktighetserklæring** skal fylles ut i henhold til retningslinjene på skjema. HUSK Å PÅFØRE SERIENUMMERET fra **Udyktighetserklæring** på dette skjemaet.

Begrunnelse for vedtak om udyktighet av helseomsyn eller begrenset helseerklæring:

(Arbeidstaker skal informeres om klageadgang, og adgang til å søke om fravik)

Dato (dag/måned/år)

Godkjent sjømannsleges underskrift