

PRILOG 2

**ELEMENTI ZA PROCJENU
MINIMALNIH FIZIČKIH ZAHTJEVA ZA POMORCE
KOD PRETHODNIH I PERIODIČNIH ZDRAVSTVENIH PREGLEDA**

ZADATAK NA BRODU, FUNKCIJA, DOGAĐAJ ILI STANJE	ODGOVARAJUĆA FIZIČKA SPOSOBNOST	NAČIN ISPITIVANJA	OVLAŠĆENI DOKTOR UTVRĐUJE DA POMORAC ISPUNJAVA SLJEDEĆE USLOVE
Rutinski pokreti na klizavim, neravnim i nestabilnim površinama, rizik od povrjeđivanja	Održavanje ravnoteže	Navedeno kod ispitivanja audio – vestibularnih sposobnosti	Bez smetnje u održavanju ravnoteže
Rutinski pristupi između različitih nivoa, postupci u nuždi	Kretanje gore – dolje po strnim ljestvama i stepeništu	Penjanje uz strme ljestve, visine 2,5m i uz nagnute ljestve (nagib 45°), visine 2,5m. Hodanje uz stepenice visine 3,5metara, nagiba 45°	Sposoban da se bez pomoći penje ili spušta po strnim ljestvama i stepenicama (nagnutim)
Rutinsko kretanje između prostora i dijela prostora, postupci u slučaju nužde	Hodanje preko pragova (do 60 cm visine)	Preskakanje preko strme prepreke visine 60cm	Sposoban da bez pomoći hoda preko visokih pregrada (pragova) na vratima
Otvaranje i zatvaranje vodonepropusnih vrata, sistemi ručnih komandi, otvaranje i zatvaranje ventila, rukovanje konopima, upotreba ručnog alata (npr. ključeva, vatrogasnih sjekira, zavrtnja ventila, čekića, odvijača, kliješta)	Rukovanje mehaničkim oruđem (desnostranost i jačina šaka i prstiju).	Ispitivanje snage stiska šake ručnom dinamometrijom i kliničko ispitivanje pokretljivosti zglobova ruku	Sposoban da hvata, podiže i rukuje različitim uobičajenim brodskim alatom, pokreće ruke i šake kod otvaranja i zatvaranja upravljačkih zavrtnja za ventile u horizontalnom i vodoravnom pravcu
Kretanje po cijelom brodu, upotreba alata i opreme: postupci u nuždi moraju brzo da slijede, uključujući i nošenje zaštitnih odijela i stavljanje pojasa za spasavanje	Brzo kretanje	Klinički pregled	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Rukovanje brodskim ostavama, upotreba alata i opreme, rukovanje konopima, postupci za brzi odgovor koji slijedi	Podizanje, spuštanje, guranje i prenošenje tereta	Istovremeno podizanje težine od po 5kg u svakoj ruci, i prenošenje ispruženih ruku na udaljenosti od 3m. Podizanje pojedinačnog tereta kockastog oblika sa stranicom dužine 60cm, težine 20kg, na ispravan način i prenošenje na udaljenost od 5m	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Odlaganje iznad glave, otvaranje i zatvaranje ventila	Dohvat iznad nivoa ramena	Kliničko ispitivanje pokretljivosti ruku u ramenim zglobovima	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Opšte održavanje broda, postupci u nuždi, uključujući i kontrolu oštećenja	Čučanje (snižavanje visine savijanjem koljena), klečanje (postavljanje koljena na tlo), sagibanje (smanjivanje visine savijanjem u struku)	Ispitivanje izvođenja navedenih pokreta ili postizanja navedenih položaja	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Postupci u nuždi uključujući sklanjanje iz dimom ispunjenih prostora	Puzanje (sposobnost pokretanja tijela na rukama i koljenima), opipavanje (sposobnost rukovanja ili dodira radi ispitivanja ili određivanja razlike u temperaturi).	Puzanje kroz prolaz kvadratnog presjeka veličine 60x60cm i dužine 2,5m. Ispitivanje dodira tople i hladne epruvete	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Motrenje minimalno tokom četiri sata	Stajanje i hodanje tokom dužih perioda	Klinički pregled lokomotornog sistema	Sposoban da stoji i hoda tokom dužih perioda
Kretanje između prostorija, praćenje postupaka u nuždi	Rad u uzanim prostorijama i kretanje kroz sužene otvore (60 x 60 cm)	Spuštanje kroz prolaz kvadratnog presjeka veličine 60x60 cm i dužine 2,5m	Nema nikakvog oštećenja ili bolesti koji bi ga mogli spriječiti u urednom kretanju i tjelesnim aktivnostima
Reagovanje na vidne alarme, upozorenja i uputstva, postupci u nuždi	Realizovanje objekta ili oblika na određenoj udaljenosti	Kako je navedeno kod ispitivanja vidnih sposobnosti	Ispunjava vidne standarde određene od kompetentnog doktora
Reakcija na zvučne alarme i uputstva, postupci u nuždi	Čuje zvuk određene jačine u dB i određene frekvencije	Kako je navedeno kod ispitivanja audio – vestibularnih sposobnosti	Ispunjava slušne standarde određene od kompetentnog doktora
Podnošenje usmenih izvještaja ili skretanje pažnje na sumnjiva ili hitna stanja	Trenutni opis okruženja i aktivnosti, kao i jasan izgovor riječi	Klinički pregled	Sposoban za normalan govor

Napomene:

1. Tabela opisuje uobičajene zadatke na brodu, funkcije, događaje i stanja, odgovarajuću fizičku sposobnost koja se smatra nužnom za bezbjednost pomorca koji živi i radi na brodu tokom plovidbe i vodič za mjerenje odgovarajuće fizičke sposobnosti.

2. Pojam “postupci u nuždi” podrazumijeva sve postupke koji se sprovode u nuždi (napuštanje broda, gašenje požara), kao i osnovne postupke koje pomorac mora da prati za poboljšanje svog ličnog preživljavanja uz izbjegavanje stvaranja situacije gdje bi mu mogla biti potrebna pomoć drugih članova posade.
3. Pod pojmom „pomoć“ podrazumijeva se pomoć drugog lica za izvršavanje zadataka.
4. U slučaju sumnje, ovlašćeni doktor mora objektivnom obradom odgovarajućim testovima utvrditi nivo ili ozbiljnost bilo kojeg oštećenja koje predstavlja ograničenje ili uputiti lice na dalje preglede i pretrage.

(Zdravstvena ustanova u kojoj se utvrđuje zdravstvena sposobnost pomoraca)

Broj: _____ Datum upisa: _____
 Vrsta zdravstvenog pregleda: prethodni, periodični, kontrolni, vanredni

KARTON ZDRAVSTVENOG PREGLEDA POMORCA

Ime, prezime, ime oca/majke: _____ JMB: _____
 Pol: _____ Državljanstvo: _____ Datum rođenja: _____
 Mjesto i država rođenja: _____
 Adresa stanovanja: _____
 Pomorsko zvanje, radno mjesto: _____
 Identitet lica utvrđen je na osnovu: lične karte, pomorske knjižice, pasoša (navesti ispravu): _____
 broj isprave: _____ izdate u: _____
 Bračno stanje: _____
 Ukupni radni staž: _____ (god.) Radni staž u buci: _____ (god.) Ukupni plovidbeni radni staž: _____ (god.)
 Ranija radna mjesta: _____ Služba na brodu: _____
 Vrsta broda: _____
 Vrsta plovidbe (nacionalna, mala i velika obalna, duga, unutrašnja) _____

LIČNA ANAMNEZA I IZJAVA LICA

Da li ste ikada imali i koji od navedenih zdravstvenih problema (bolesti) ili od njih bili liječeni?

Zdravstveni problem	Da	Ne	Zdravstveni problem	Da
Ne				
1. Problemi s očima ili vidom ☐ ☐		☐ ☐	20. Operacije	
2. Problemi s uhom, grlom, nosom ☐	☐	☐	21. Migrene i ostale glavobolje	☐
3. Problemi sa sluhom ☐	☐	☐	22. Gubici svijesti ili potres mozga	☐ ☐
4. Problemi održavanja ravnoteže ☐	☐	☐	23. Vrtoglavice ili nesvjestice	☐
5. Povišen krvni pritisak ☐	☐	☐	24. Epilepsija ili konvulzije	☐ ☐
6. Bolesti srca i krvnih sudova ☐	☐	☐	25. Ograničena pokretljivost tijela ili pojedinih djelova tijela	☐ ☐
7. Varikozne vene ☐	☐	☐	26. Problemi s leđima ili kičmom	☐ ☐
8. Astma ili hronični bronhitis ☐	☐	☐	27. Reumatske tegobe	☐
9. Bolesti krvi ☐	☐	☐	28. Povrede, iščašenja, prelomi ili amputacija	☐ ☐
10. Šećerna bolest ☐	☐	☐	29. Duševni poremećaji	☐
11. Bolesti štitne žlijezde ☐	☐	☐	30. Depresija	☐
12. Bolesti probavnog sistema ☐	☐	☐	31. Pokušaj samoubistva	☐ ☐
13. Bolesti bubrega i mokraćnog sistema ☐	☐	☐	32. Gubitak pamćenja	☐
14. Kožne bolesti ☐	☐	☐	33. Problemi sa spavanjem	☐ ☐
15. Alergije ☐	☐	☐	34. Zavisnost ili uzimanje alkohola i droga	☐ ☐
16. Zarazne bolesti ☐	☐	☐	35. Da li pušite?	☐ ☐
17. Kila ☐	☐	☐	36. Operacija na srcu	☐
18. Bolesti polnih organa ☐	☐	☐		
19. Neoplazme (tumori) ☐	☐	☐		

Ako je odgovor na neko od prethodnih pitanja bio »Da«, upisati detalje (ako nema dovoljno prostora, podatke napisati na poseban list papira, po potrebi priložiti kopije medicinske i druge dokumentacije):

Dodatna pitanja: _____ Da Ne
 37. Da li je ikada zabilježeno da ste bili bolesni ili iskrcani, odnosno repatrirani s broda? ☐ ☐

38. Da li ste ikada liječeni u bolnici? ☐ ☐
39. Da li ste ikada proglašeni nesposobnim za službu na brodu? ☐ ☐
40. Da li je vaše uvjerenje o zdravstvenoj sposobnosti ikada bilo ograničeno ili poništeno? ☐ ☐
41. Da li znate da imate ikakvih medicinskih problema, bolesti ili bolesnih stanja? ☐ ☐
42. Da li se osjećate zdravim i sposobnim za obavljanje dužnosti na svom radnom mjestu ili u svom zvanju? ☐ ☐
43. Da li ste alergični na bilo koji lijek ili ste imali druge nuspojave kod uzimanja lijekova? ☐ ☐

Napomene:

44. Da li trenutno ili povremeno uzimate ikakve prepisane ili neprepisane lijekove? ☐ ☐ ☐ ☐

Ako da, navedite koje lijekove, svrhu i doziranje:

45. Menstruacija: prva s _____ god., karakteristike _____; Menopauza s _____ god.,
46. Trudnoća: ☐ da ☐ ne – broj _____ Jeste li sada trudni? ☐ da ☐ ne – broj nedjelja: _____
47. Pobačaj: ☐ da ☐ ne - spontani-broj _____
48. Porodaj: ☐ da ☐ ne _____

49. Da li je neko u vašoj porodici bolovao ili je liječen od:

	Da	Ne		Da
Šećerne bolesti	☐	☐	Visokog krvnog pritiska	☐
Raka	☐	☐	Alergija	☐
Alkoholizma	☐	☐	Duševnih bolesti	☐
Bolesti srca	☐	☐	Drugih bolesti	☐

Ja, dolje potpisani, potvrđujem da je moja gore navedena lična izjava istinita, i za to snosim moralnu, materijalnu i krivičnu odgovornost, i saglasan sam da se sva moja medicinska dokumentacija koja se nalazi kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, drugih doktora medicine ili u drugim zdravstvenim ustanovama na traženje dostavi:

_____, dr. med. specijalisti medicine rada, ovlaštenom doktoru za pregled pomoraca

Potpis pregledanog lica _____

KLINIČKI PREGLED

Visina: _____ (cm) Tjelesna težina: _____ (kg) Relativna težina: _____ (%) Tjelesna građa: _____

Srčana frekvencija: _____ (/min) Srčani ritam _____ Krvni pritisak: _____ / _____ (mmHg)

Stanje uredno:	DA	NE	Stanje uredno:	DA	NE
Opšti izgled	☐	☐	Grudni koš i pluća	☐	☐
Koža i vidljive sluznice	☐	☐	Pregled dojki	☐	☐
Glava i vrat	☐	☐	Srce i krvni sudovi	☐	☐
Spoljašnji pregled oka	☐	☐	Trbuh i trbušni organi	☐	☐
Očna pozadina	☐	☐	Analni pregled	☐	☐
Spoljašnji pregled uha, nosa i paranazalnih sinusa	☐	☐	Spoljašnji polni organi	☐	☐
Otoskopski nalaz	☐	☐	Kičma	☐	☐
bubne opne	☐	☐	Lokomotorni sistem	☐	☐
Usna šupljina i zubi	☐	☐	Neurološki status	☐	☐
Gornji i donji ekstremiteti	☐	☐	Psihičko stanje	☐	☐
Kila	☐	☐	Varikozne vene	☐	☐

Ako pojedini nalaz odstupa od urednog, detaljno ga opisati:

Funkcionalno ispitivanje vida

Fuzija:

Oštrina vida						
	Desno oko	Lijevo oko	Binokularno	Desno oko	Lijevo oko	Binokularno
Na daljinu						

Na blizinu						
------------	--	--	--	--	--	--

Niktometrija:

Dubinski vid:

Osjećaj za boje: ☐ Uredan

Periferni vid:

☐ Odstupanja: _____

Funkcionalno ispitivanje sluha i ravnoteže:

Tonalna liminarna audiometrija (nivoi oštećenja u dB)

Ispitivanje ravnoteže:

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz		Uredna	Odstupanja
Desno uho							FATB prema NASA R/93		
Lijevo uho							Rotatorni test		

Testiranje sluha govorom i šaputanjem (u metrima)

Govor

Šaputanje

Desno uho: _____

Lijevo uho: _____

Spirometrija: _____

Dinamometrija: _____

EKG: _____

Rtg pluća urađen

(dan/mjesec/godina): ____ / ____ / ____ Broj: _____

Nalaz: _____

Laboratorijski

nalazi urađeni (dan/mjesec/godina): ____ / ____ / ____ – u prilogu

Krvna grupa i Rh faktor: _____

Ostali pregledi i ispitivanja:

Stanje vakcinisanja evidentirano: ☐ Da ☐ Ne

Ocjena zdravstvene sposobnosti pomorca

Na osnovu lične izjave pregledanog lica, kliničkog pregleda, psihološke obrade i rezultata funkcionalnih i laboratorijskih pregleda zabilježenih u njegovom zdravstvenom kartonu, izjavljujem da je pregledano lice:

☐ Sposoban za službu na brodu

☐ na palubi

☐ za mašinom

☐ u GMDSS-radioslužbi

☐ u ostalim službama

☐ Nesposoban za službu na brodu

☐ privremeno

☐ trajno

☐ na palubi

☐ za mašinom

☐ u GMDSS-radioslužbi

☐ u ostalim službama

☐ bez ograničenja

☐ s ograničenjem _____ član i tačka Pravilnika o bližim uslovima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti pomoraca _____ Šifra bolesti prema MKB: _____

☐ ocjena zdravstvene sposobnosti nije data zbog

☐ ostale napomene

Mjesto: _____ Datum (dan/mjesec/godina): ____ / ____ / ____

Datum isteka važenja uvjerenja (dan/mjesec/godina) _____

(potpis i faksimil specijaliste medicine rada)

(Zdravstvena ustanova u kojoj se utvrđuje zdravstvena sposobnost pomoraca)

Broj: _____

Datum upisa: _____

Vrsta zdravstvenog pregleda: prethodni, periodični, kontrolni, vanredni

PSIHOLOŠKA OBRADA POMORCA

Ime, prezime, ime oca/majke: _____ JMB: _____

Pol: _____ Državljanstvo: _____

Datum rođenja: _____ Mjesto i država rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Pomorsko zvanje, radno mjesto: _____ Identitet lica

utvrđen je na osnovu: lične karte, pomorske knjižice, pasoša (navesti ispravu): _____ broj

isprave: _____ izdate u: _____ Bračno stanje: _____

Ukupni radni staž: _____ (god.) Radni staž u buci: _____ (god.) Ukupni
plovidbeni radni staž: _____ (god.)
Ranija radna mjesta: _____

Služba na brodu:

Vrsta broda:

Vrsta plovidbe (nacionalna, mala i velika obalna, duga, unutrašnja) _____

Psihološka obrada obuhvata:

- utvrđivanje opših i posebnih kognitivnih sposobnosti ciljanim psihološkim mjernim instrumentima (npr. PNT, TN, RSB, RPM i sl.),
- procjenu osobina ličnosti, s posebnim naglaskom na emocionalnu stabilnost i opštu adaptiranost, ciljanim psihodijagnostičkim sredstvima (npr. standardizovani psihološki intervjui, EPQ, MMPI, Cornell indeks i sl.),
- ispitivanje psihomotornih i senzomotornih sposobnosti ciljanim psihodijagnostičkim sredstvima (npr. Bornadelova sinusoida, Gibsonov spiralni labirint, CRD serija i sl.),
- procjenu motivacije standardizovanim psihološkim intervjuom.

OCJENA

SPOSOBAN – NESPOSOBAN

PSIHOLOG

(Medical institution where is identified medical fitness of seafarers)

Number: _____ Date of entry: _____

Type of medical examination: previous, periodic, control, special

CARD FOR MEDICAL EXAMINATION OF SEAFARERS

Name (first,last,middle): _____ UIN: _____

Sex: _____ Nationality: _____ Date of birth: _____

Place and country of birth: _____

Postal address: _____

Maritime profession, workplace: _____

Identity of examinee is determined on the basis of : identity card, seafarer's discharge book, passport (specify document):

_____ number of document: _____ issued at: _____

Marital status: _____

Total sea service: ____ (year) Noise-exposed sea service: ____ (year.) Total navigation sea service: ____ (year)

Previous work experience: _____ Service on deck: _____

Type of ship: _____

Type of navigation (national, small and big coastal, long,domestic) _____

PERSONAL CASE-HISTORY AND DECLARATION OF EXAMINEE

Have you ever had any of the following health problems (conditions) and which or have you been treated ?

Health condition	Yes	No	Health condition	Yes	No
1. Eye/vision problem	☐	☐	20. Operation/surgery	☐	☐
2. Ear/throat/nose problem	☐	☐	21. Migraines and other headaches	☐	☐
3. Hearing problems	☐	☐	22. Loss of consciousness or		
4. Balance problem	☐	☐	brain concussion	☐	☐
5. High blood pressure	☐	☐	23. Dizziness or fainting	☐	☐
6. Heart and vascular disease	☐	☐	24. Epilepsy or seizures	☐	☐
7. Varicose veins	☐	☐	25. Restricted mobility of body		
8. Asthma or chronic bronchitis	☐	☐	or specific body parts	☐	☐
9. Blood disorder	☐	☐	26. Back or joint problem	☐	☐
10. Diabetes	☐	☐	27. Rheumatic disorder	☐	☐
11. Thyroid problem	☐	☐	28. Injuries,dislocation,fractures,		
12. Digestive disorder	☐	☐	amputation	☐	☐
13. Kidney and urinary			29. Psychiatric problems	☐	☐
problem	☐	☐	30. Depression	☐	☐
14. Skin problem	☐	☐	31. Attempted suicide	☐	☐
15. Allergies	☐	☐	32. Loss of memory	☐	☐
16. Infectious/contagious disease	☐	☐	33. Sleep problem	☐	☐
17. Hernia	☐	☐	34. Drug and alcohol addiction	☐	☐
18. Genital disorder	☐	☐	35. Do you smoke?	☐	☐
19. Neoplasm (tumors)	☐	☐	36. Heart surgery	☐	☐

If you answered »Yes« to any of the above questions please give details (if there is not enough space, information should be written on additional sheet of paper, if necessary attach copy of medical documentation and other relevant):

Additional questions:

	Yes	No
37. Have you ever been signed off as sick or repatriated from ship?	☐	☐
38. Have you ever been hospitalized?	☐	☐
39. Have you ever been declared unfit for sea duty?	☐	☐
40..Has your medical certificate ever been restricted or revoked ?	☐	☐
41. Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?	☐	☐
42. Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?	☐	☐
43. Are you allergic to any medications or have you ever had any other adverse effects in taking medications?	☐	☐

Comments:

44. Are you taking any prescription and non-prescription temporarily or permanent ? ☐ Yes ☐ No
If yes, please list the medications taken, and the purpose (s) and the dosage(s):

45. Menstruation: first _____ year, feature _____; Menopause _____ year,

46. Gravidity: ☐ yes ☐ no – number _____ Are you now pregnant? ☐ yes ☐ no – number weeks: _____

47. Abortion: ☐ yes ☐ no - spontaneous-number _____

48. Childbirth: ☐ yes ☐ no _____

49. Has anyone from your family been sick or treated for?:

	Yes	No		Yes	No
Diabetes	☐	☐	High blood pressure	☐	☐
Cancer	☐	☐	Allergies	☐	☐
Alcoholism	☐	☐	Psychiatric disorders	☐	☐
Heart disease	☐	☐	Other disorders	☐	☐

I, undersigned, hereby certify that my personal declaration above is true, and for that bear moral, material and criminal liability, and agree that all my medical records from chosen primary care physician, other physicians and in other health institutions, is submitted at the request of:

_____, MD occupational medicine specialist, approved medical practitioner of seaman

Signature of examinee _____

CLINICAL EXAMINATION

Height: _____ (cm) Body weight: _____ (kg) Relative body weight: _____ (%) Physique: _____

Pulse rate: _____ (/min) Rhythm _____ Blood pressure : _____ / _____ (mmHg)

Normal:	YES	NO	Normal:	YES	NO
General appearance	☐	☐	Chest and lungs	☐	☐
Skin and outward mucosa	☐	☐	Breast examination	☐	☐
Head and neck	☐	☐	Heart and vascular	☐	☐
External eye exam	☐	☐	Abdomen and viscera	☐	☐
Eye ground	☐	☐	Anus exam	☐	☐
External ear, nose, paranasal sinuses exam	☐	☐	External genital organs	☐	☐
			Spine	☐	☐
Auroscopic finding			Locomotor system	☐	☐
of tympanum	☐	☐	Neurologic status	☐	☐
Oral cavity and teeth	☐	☐	Psychic condition	☐	☐
Upper and lower extremities	☐	☐	Varicose veins	☐	☐
Hernia	☐	☐			

If specific medical finding differs from normal, please describe in details:

Functional sight exam

Fusion:

Visual acuity						
	Right eye	Left eye	Binocular	Right eye	Left eye	Binocular
Distant						
Near						

Nictometria:

Deep vision:

Color perception: ☐ Normal

Peripheral vision:

☐ Defective: _____

Functional examination of hearing and balance:

Pure tone audiometry (threshold values in dB)

Balance exam

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	Normal	Defective
--	--------	---------	---------	---------	---------	---------	--------	-----------

Right ear							FATB as per NASA R/93		
Left ear							Rotatory test		

Speech and whisper test (metres)

Speech

Whisper

Right ear: _____

Left: _____

Spirometry: _____

Dynamometry: _____

EKG: _____

Performed lung X-ray

(day/month/year): ____ / ____ / ____ Number: _____

Finding: _____ Performed laboratory

findings (day/month/year): ____ / ____ / ____ – enclosed

Blood group and Rh factor: _____

Other tests and examinations:

Vaccination status recorded: ☐ Yes ☐ No

Assessment of medical fitness of seafarer

On the basis of personal declaration of examinee, clinical examination, psychological treatment and results of functional and laboratory examination recorded in his medical certificate, I declare that examinee:

☐ Fit for service on board

☐ Unfit for service on board

☐ deck

☐ temporarily

☐ permanently

☐ engine

☐ GMDSS-radioservice

☐ deck

☐ other departments

☐ engine

☐ GMDSS-radioservice

☐ other departments

☐ without limitation

☐ with limitation _____ article and item of Rulebook on detailed conditions for determination

medical fitness of seafarers _____ Code of diseases according to ICD: _____

☐ assessment of medical fitness is not given due to _____

☐ other comments _____

Place : _____ Date (day/month/year): ____ / ____ / ____

Expiry date of certificate (day/month/years) _____

(signature and facsimile occupational medicine specialist)