Návrh

Výnos

Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja Slovenskej republiky

z ........................................2015,

ktorým sa dopĺňa výnos Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja Slovenskej republiky zo 4. novembra 2014 č. 05358/2014/C421-SCLVD/67299-M, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o získaní odbornej spôsobilosti člena lodnej posádky

Ministerstvo dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja Slovenskej republiky podľa § 41 ods. 19 zákona č. 435/2000 Z. z. o námornej plavbe v znení neskorších predpisov ustanovuje:

Čl. I

Výnos Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja Slovenskej republiky zo 4. novembra 2014 č. 05358/2014/C421-SCLVD/67299-M, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o získaní odbornej spôsobilosti člena lodnej posádky sa dopĺňa takto:

1. § 19 sa dopĺňa odsekom 5, ktorý znie:

„(5) Formulár štandardnej lekárskej správy člena lodnej posádky, ktorá podlieha lekárskemu tajomstvu, používa veliteľ námornej lode a príslušný zdravotnícky personál na pevnine a na námornej lodi na účely zjednodušenej výmeny lekárskych informácií medzi námornou loďou a pevninou v prípade choroby alebo úrazu člena lodnej posádky. Rozsah lekárskej prehliadky podľa § 19 ods. 2 a vzor formulára štandardnej lekárskej správy člena lodnej posádky v slovenskom jazyku a anglickom jazyku je uvedený v prílohe č. 2a.

1. Za prílohu č. 2 sa vkladá príloha č. 2a, ktorá znie:

„Príloha č. 2a

k výnosu č. 05358/2014/C421- SCLVD/67299-M

FORMULÁR ŠTANDARDNEJ LEKÁRSKEJ SPRÁVY ČLENA LODNEJ POSÁDKY

STANDARD FORM FOR MEDICAL EXAMINATION OF SEAFARERS

Meno a priezvisko / *Name and Surname*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia (deň, mesiac, rok): Štátna príslušnosť: Pohlavie: muž žena

*Date of birth (day/month/year): / / Nationality: Gender: Male Female*

Adresa bydliska / *Home address*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Číslo cestovného pasu / námorníckej knižky alebo iného dokladu totožnosti:

*Passport No./ Seaman's Book No. or No. of other relevant identity document*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ námornej lode (kontajnerová, tanker, osobná) / *Type of ship (container, tanker, passenger)*:

Oblasť plavby (napr. pobrežná, trópy, bez obmedzenia) / *Trade area (e.g. coastal, tropical, worldwide)*:

Osobné vyhlásenie člena lodnej posádky (Pomoc pri vyplňovaní poskytne zdravotnícky personál)

*Examinee´s personal declaration (Assistance should be offered by medical staff)*

Mali ste niekedy problémy v nasledujúcich oblastiach? *Have you ever had any of the following conditions?*

Oblasť zdravotného stavu Áno Nie Oblasť zdravotného stavu Áno Nie

*Condition Yes No Condition Yes No*

1. Problémy s očami/farbocitom / *Eye/vision problem* 18. Problémy so spánkom/*Sleep problems*

2. Vysoký krvný tlak / *High blood pressure* 19. Ste fajčiar, užívate alkohol alebo drogy/

*Do you smoke,use alcohol or drugs?*

3. Srdcové/cievne ochorenia / *Heart/vascular disease*

4. Operácia srdca / *Heart surgery* 20. Chirurgické zákroky/*Operation/surgery*

5. Kŕčové žily/hemeroidy / *Varicose veins/piles*  21. Epilepsia/záchvaty / Epilepsy / seizures

6. Astma/bronchitída / *Asthma/bronchitis* 22. Závraty/mdloby / *Dizziness/fainting*

7. Poruchy krvi / *Blood disorder* 23. Strata vedomia / *Loss of consciousness*

8. Diabetes / *Diabetes* 24. Psychiatrické problémy /

*Psychiatric problems*

9. Problémy so štítnou žľazou / *Thyroid problems* 25. Pokus o samovraždu/Attempted suicide

10. Tráviace poruchy / *Digestive disorder* 26. Straty pamäte / *Loss of memory*

11. Problémy s obličkami / *Kidney problems* 27. Problém s rovnováhou/*Balance probl.*

12. Kožné problémy / *Skin problems* 28. Ťažké bolesti hlavy / *Severe headaches*

13. Alergie / *Allergies* 29. ORL problémy

*Ear (hearing/ tinnitus) nose/throat*

14. Infekčné/nákazlivé choroby/*Infectious/contagious*  30. Obmedzená pohyblivosť /

*Restricted mobility*

15. Pruh / *Hernia* 31. Ochorenie chrbta alebo kĺbov /

*Back or joint problems*

16. Genitálne poruchy / *Genital disorders* 32. Amputácia / *Amputation*

17. Tehotenstvo / *Pregnancy* 33. Zlomeniny/vykĺbenia /

*Fracture / dislocations*

Ak ste na niektorú z vyššie uvedených otázok zodpovedali "áno", uveďte podrobnosti.

*If any of above questions were answered „yes“ , please give details.*

Dodatočné otázky / *Additional question*

Áno / *Yes* Nie / *No*

34. Boli ste niekedy vylodený z dôvodu choroby alebo repatriácie?

*Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?*

35. Boli ste niekedy hospitalizovaný?

*Have you ever been hospitalized?*

36. Boli ste niekedy uznaný za neschopného služby na mori?

*Have you ever been declared unfit for sea duty?*

37. Bolo vaše lekárske potvrdenie niekedy vydané ako obmedzené alebo zrušené?

*Has your medical certificate ever been restricted or revoked?*

38. Ste si vedomý nejakých zdravotných problémov, ťažkostí alebo chorôb?

*Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?*

39. Cítite sa byť zdravý pre plnenie povinností vo vašom zaradení / povolaní?

*Do you feel healthy and fit to perform the duties of your disignted position / occupation?*

40. Máte alergiu na určité lieky?

*Are you allergic to any medications?*

Poznámky / *Comments:*

41. Užívate lieky bez predpisu alebo na predpis?

*Are you taking any non-prescription or prescription medication?*

Ak áno, uveďte zoznam liekov, ktoré užívate, účel a dávkovanie.

*If yes, please list the medications taken and purpose(s) and dosage(s).*

Potvrdzujem, že uvedené osobné vyhlásenie je pravdivé a podľa môjho najlepšieho vedomia.

*I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge.*

Podpis člena lodnej posádky:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dátum (deň/mesiac/rok): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Signature of examinee:*  *Date (day/month/year)*:

Osvedčené / *Witnessed by:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Meno,priezvisko / Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Čitateľne alebo tlačeným písmom) / *(Typed or printed name)*

Týmto dávam súhlas a povoľujem spracovanie všetkých mojich predchádzajúcich lekárskych záznamov od ktorýchkoľvek zdravotníckych pracovníkov, zdravotníckych inštitúcií a orgánov verejnej správy lekárovi MUDr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (meno a priezvisko povereného lekára).

*I hereby authorize the release of all my previous medical records from any health professionals, health institutions*

*and public authorities to Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (the approved medical examiner).*

Podpis člena lodnej posádky:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dátum (deň/mesiac/rok): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Signature of examinee:*  *Date (day/month/year)*:

Osvedčené / *Witnessed by:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Meno, priezvisko / Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Čitateľne alebo tlačeným písmom) / *(Typed or printed name)*

ZDRAVOTNÉ VYŠETRENIE / *MEDICAL EXAMINATION*

Vstupné Pravidelné Iné

*Pre-sea Periodic Other*

# ZRAK / *SIGHT*

**Ostrosť zraku /** ***Visual acuity* Zorné pole / *Visual fields***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bez pomoci / *Unaided* | | | S pomocou / *Aided* | | |  |  | | Normálne / *Normal* | Poškodené / *Defective* |
| Pravé oko / *Right eye* | Ľavé oko / *Left eye* | Binoku-  lárne / *Binocu- lar* | Pravé oko / *Right eye* | Ľavé oko / *Left eye* | Binoku-  lárne / *Binocu- lar* |  | | Pravé oko / *Right eye* |  |  |
| Na diaľku / *Distant* |  |  |  |  |  |  | Ľavé oko / *Left eye* |  |  |
| Na blízko / *Near* |  |  |  |  |  |  |  | | |

**Farbocit:** Netestovaný V norme Pochybný Poškodený

***Colour vision:*** *Not tested Normal Doubtful Defective*

# SLUCH / *HEARING*

**Čistý tón a audiometria (prahové hodnoty v dB) Test - reč a šepot (m)**

***Pure tone and audiometry (threshold values in dB)* *Speech and whisper test (metres)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 500  Hz | 1.000  Hz | 2.000  Hz | 3.000  Hz | 4.000  Hz |  |  | Normál /  *Normal* | Šepot /  *Whisper* |
| Pravé ucho / *Right*  *ear* |  |  |  |  |  | Pravé ucho / *Right*  *ear* |  |  |
| Ľavé ucho / *Left*  *ear* |  |  |  |  |  | Ľavé ucho / *Left*  *ear* |  |  |

Výška / *Height*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cm) Hmotnosť / *Weight*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kg)

Srdečný tep / *Pulse rate*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(minute) Srdečný rytmus / *Rhytm*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krvný tlak / *Blood pressure*:

Systolický / *Systolic*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mm Hg) Diastolický / *Diastolic*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mm Hg)

Analýza moču / *Urinalysis*:

Cukor / *Glucose*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bielkoviny / *Protein*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Krv / Blood: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V norme Mimo normu V norme Mimo normu**

***Normal Abnormal Normal Abnormal***

Hlava / *Head* Kŕčové žily / *Varicose veins*

Dutiny, nos, hrdlo / Cievy (vrátane pedal pulzu) /

*Sinuses, nose, throat* *Vascular (inc. pedal pulses)*

Ústa / zuby / *Mouth/ teeth* Brušná dutina a jej orgány /

*Abdomen and viscera*

Uši (všeobecne) / *Ears (general)* Pruh / *Hernias*

Ušný bubienok / Konečník (bez vyšetrenia rekta) *Tympanic membrane* *Anus (not rectal exam.)*

Oči / *Eyes* Urogenitálny systém / *G-U system*

Oftalmoskopia / *Opthalmoscopy* Horné a dolné končatiny /

*Upper and lower extremities*

Zrenice / *Pupils* Chrbtica (C/S, T/S and L/S) /

*Spine (C/S, T/S and L/S)*

Pohyb očí / *Eye movement* Neurologicky /

*Neurologic (full brief)*

Pľúca a hrudník / *Lungs and chest* Psychiatricky / *Psychiatric*

Vyšetrenie hrudníka / Koža / *Skin*

*Breast examination*

Srdce / *Heart* Celkový vzhľad /

*General appearance*

RTG hrudníka: nevykonaný vykonaný (deň/mesiac/rok): \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Chest X-ray: not performed Performed on (day/month/year):*

Hodnotenie / *Results*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iný diagnostický test(testy) a výsledok (výsledky) / *Other diagnostic test(s) and result(s):*

Test / *Test* Výsledok / *Result*

Poznámky a posúdenie lekára a hodnotenie spôsobilosti, s dôvodmi pre prípadné obmedzenia:

*Medical practitioner’s comments and assessment of fitness, with reasons for any limitations:*

Zaznamenaný stav očkovania: Áno Nie

*Vaccination status recorded: Yes No*

## Posúdenie spôsobilosti pre námornú službu / Assessment of fitness for sea service

Na základe osobných vyhlásení prehliadaného, môjho klinického vyšetrenia a výsledkov diagnostických testov zaznamenaných vyššie prehlasujem, že menovaný je:

*On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically:*

**Schopný strážnej služby Neschopný strážnej služby**

□ ***Fit for look -out duty*** □ ***Not fit for look -out duty***

**Palubné oddelenie Strojné oddelenie Hospodárske oddelenie Iné**

***Deck service Engine service Catering service Other service***

**Schopný / *Fit*** □ □ □ □

**Neschopný / *Unfit*** □ □ □ □

**Bez obmedzenia S obmedzeniami Optické pomôcky potrebné Áno Nie**

***Without restriction*** □ ***With restriction*** □ ***Visual aid required*** □ ***Yes*** □ ***No***

Popis obmedzení (napr. špecifikácia funkcie, typ lode, oblasť plavby, iné obmedzenia) /

*Describe restrictions (e.g., specific position, type of ship, trade area, other restrictions):*

Dátum vydania lekárskeho potvrdenia (deň/mesiac/rok): / \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Certificate issue date (day/month/year):*

Dátum platnosti lekárskeho potvrdenia (deň/mesiac/rok): / \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Certificate expiry date (day/month/year):*

Číslo preukazu zdravotnej spôsobilosti: / *Number of medical certificate: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Meno a priezvisko povereného lekára: / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Name and Surname of authorized medical practitioner:*

Adresa /Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum vydania a číslo preukazu spôsobilosti lekára: / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Date of issue and number of Physician's License:*

Názov a úradná pečiatka orgánu vydávajúceho poverenie lekára: / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Name and official stamp of medical practitioner's authorizing authority:*

Podpis a úradná pečiatka ministerstvom povereného lekára: / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Signature and stamp of authorised medical practitioner:*

Čl. II

Tento výnos nadobúda účinnosť 1. novembra 2015.