R E G I S T E R O P A T R E N Í

ročník 2016

www.slov-lex.sk

Obsah tohto dokumentu má informatívny charakter.

4

O P A T R E N I E

Ministerstva dopravy, výstavby a regionálneho rozvoja Slovenskej republiky

z 27. januára 2016

č. 07059/2016/C421-SCLVD/05695-M, 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 (oznámenie č. 313/2014 Z. z.) sa dopĺňa takto:

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

   „(5) Formulár štandardnej lekárskej správy člena lodnej posádky sa používa na uľahčenie výmeny informácií o členoch lodnej posádky v prípade choroby alebo úrazu medzi veliteľom námornej lode a príslušnými zdravotníckymi pracovníkmi na pevnine a na námornej lodi. O obsahu formulára štandardnej lekárskej správy člena lodnej posádky sa zachováva mlčanlivosť. Vzor formulára štandardnej lekárskej správy člena lodnej posádky v slovenskom jazyku a anglickom jazyku je uvedený v prílohe č. 2a.“.

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

„Príloha č. 2a
k výnosu č. 05358/2014/C421- SCLVD/67299-M

VZOR

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

Osobné vyhlásenie člena lodnej posádky o zdravotnom stave (Pomoc pri vyplňovaní poskytne zdravotnícky pracovník)
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 *Condition*	**Áno** *Yes*	**Nie** *No*	**Oblasť zdravotného stavu** *Condition*	**Áno** *Yes*	**Nie** *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 questions*

	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 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 designated position / occupation?*	☐	☐
40. Máte alergiu na určité lieky? *Are you allergic to any medications?*	☐	☐

Poznámky / *Comments:*

41. Užívate lieky, ktorých výdaj je viazaný na lekársky predpis alebo lieky, ktorých výdaj nie je viazaný na lekársky 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).

Svojim podpisom potvrdzujem, že uvedené osobné vyhlásenie o mojom zdravotnom stave 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 zariadení 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 *Pre-sea* ☐ Pravidelné *Periodic* ☐ Iné *Other*

ZRAK / *SIGHT*

Ostrosť zraku / *Visual acuity*

	Bez pomoci / *Unaided*			S pomocou / *Aided*		
	Pravé oko / *Right eye*	Ľavé oko / *Left eye*	Binokulárne / *Binocular*	Pravé oko / *Right eye*	Ľavé oko / *Left eye*	Binokulárne / *Binocular*
Na diaľku / *Distant*						
Na blízko / *Near*						

Zorné pole / *Visual fields*

	Normálne / *Normal*	Poškodené / *Defective*
Pravé oko / *Right eye*		
Ľavé oko / *Left eye*		

Farbocit: ☐ Netestovaný ☐ V norme ☐ Pochybný ☐ Poškodený
Colour vision: *Not tested* *Normal* *Doubtful* *Defective*

SLUCH / *HEARING*

Čistý tón a audiometria (prahové hodnoty v dB)
Pure tone and audiometry (threshold values in dB)

	500 Hz	1.000 Hz	2.000 Hz	3.000 Hz	4.000 Hz
Pravé ucho / *Right ear*					
Ľavé ucho / *Left ear*					

Test - reč a šepot (m)
Speech and whisper test (metres)

	Normál / *Normal*	Šepot / *Whisper*
Pravé ucho / *Right ear*		
Ľavé ucho / *Left ear*		

Výška / *Height*: _____ (cm) Hmotnosť / *Weight*: _____ (kg)

Srdcový tep / *Pulse rate*: _____/(minute) Srdcový 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 *Normal*	**Mimo normu** *Abnormal*		**V norme** *Normal*	**Mimo normu** *Abnormal*
Hlava / *Head*	☐	☐	Kŕčové žily / *Varicose veins*	☐	☐
Dutiny, nos, hrdlo / *Sinuses, nose, throat*	☐	☐	Cievy (vrátane pedal pulzu) / *Vascular (inc. pedal pulses)*	☐	☐
Ústa / zuby / *Mouth/ teeth*	☐	☐	Brušná dutina a jej orgány / *Abdomen and viscera*	☐	☐
Uši (všeobecne) / *Ears (general)*	☐	☐	Pruh / *Hernias*	☐	☐
Ušný bubienok / *Tympanic membrane*	☐	☐	Konečník (bez vyšetrenia rekta) / *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 / *Breast examination*	☐	☐	Koža / *Skin*	☐	☐
Srdce / *Heart*	☐	☐	Celkový vzhľad / *General appearance*	☐	☐

RTG hrudníka: ☐ nevykonaný / *not performed* ☐ vykonaný (deň/mesiac/rok): ____/_____/____ / *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 / *Yes* ☐ Nie / *No*
Vaccination status recorded:

Posúdenie zdravotnej spôsobilosti na výkon služby na námornej lodi / Assessment of fitness for sea service

Na základe osobného vyhlásenia člena lodnej posádky o zdravotnom stave a lekárskeho vyšetrenia zdravotného stavu člena lodnej posádky vrátane diagnostických vyšetrení vyhlasujem, 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 *Deck service*	**Strojné oddelenie** *Engine service*	**Hospodárske oddelenie** *Catering service*	**Iné** *Other service*
Schopný / *Fit*	□	□	□	□
Neschopný / *Unfit*	□	□	□	□

Bez obmedzenia *Without restriction*	□	**S obmedzeniami** *With restriction*	□	**Optické pomôcky potrebné** *Visual aid required*	□	**Áno** *Yes* □ **Nie** *No*

Popis obmedzení (napríklad 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):

Platnosť 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 registrácie lekára a registračné číslo: / _____
Date of issue and number of Physician's License:

Názov a odtlačok úradnej pečiatky orgánu vydávajúceho poverenie lekára: /_____
Name and official stamp of medical practitioner's authorizing authority:

Podpis a odtlačok úradnej pečiatky ministerstvom povereného lekára: / _____
Signature and stamp of authorised medical practitioner:".

Čl. II

Toto opatrenie nadobúda účinnosť 15. februára 2016.

Ján Počiatek
minister

Vydavateľ Zbierky zákonov Slovenskej republiky, správca obsahu a prevádzkovateľ právneho a informačného portálu Slov-Lex dostupného na webovom sídle www.slov-lex.sk je
Ministerstvo spravodlivosti Slovenskej republiky, Župné námestie 13, 813 11 Bratislava,
tel.: 02 888 91 137, fax: 02/52442853, e-mail: helpdesk@slov-lex.sk.