

ПРОТОКОЛ

За освидетелстване продължаването на годността за плавателна длъжност

№ _____ / _____ / _____
дата на издаване _____ авиомедицински експертен орган _____

Заб. Отговорите изписвайте текстуално, а там където има квадратчета зачертавайте с кръстче

I. ПАСПОРТНА ЧАСТ			
звание, име, презиме, фамилия, моминско име за жени _____		години _____	пол _____ ЕГН <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Роден _____ / _____ / _____	гр./с/ _____	обл. _____	страна _____
Дата _____ месторождение _____			
Живуц _____			
Гр./с/ _____		област _____	ул. _____ № _____ дом.тел. _____
Притежаващ Л.Карта № _____		Издадена от _____	Град _____ дата на издаване _____
Длъжност, специалност _____		Семейно положение: Несемеен: ☐	
_____		Семеен ☐ дата: _____ Разведен: ☐ дата: _____	
_____		Живее разделено ☐ дата: _____ Вдовец: ☐ дата: _____	
Месторабота, общ трудов стаж, специфични условия на труд: _____			

IV. СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ

Боледали ли сте някоя от посочените болести или нарушения? При други неупоменати заболявания обяснете кратко в "Забележка"								
	ДА	НЕ		ДА	НЕ		ДА	НЕ
Чести ангини			Безсъние			Хемороиди		
Сенна хрема			Нервни или психични разстройства			Колапсни състояния		
Астма			Често главоболие			Епилепсия		
Туберкулоза			Световъртеж, прималяване			Диабет		
Пневмония			Черепно-мозъчна травма			Херния		
Плеврит			Очни оплаквания			Венерически заболявания		
Ревматизъм			Ушни оплаквания			Тропически болести		
Високо кръвно налягане			Сърдечно съдови заболявания			Алергична хрема		
Нарушения на уринирането			Болки в областта на сърцето			Привикване към алкохол и медикаменти		
Бъбречни смущения			Варикозни вени			Опит за самоубийство		
Камъни в бъбреците			Язва на стомаха или дванадесетопръстника			Оплаквания при пътуване в превозно средство		
Болки в гърба			Жълтеница			Закване		
Ставни проблеми			Жлъчни камъни			Кожни заболявания		
Забележка: _____								
Спазен ли е режимът за явяване на медицинското освидетелстване _____							ДА	НЕ
Декларирам, че моите отговори на поставените въпроси са верни, пълни и точни. Съзнавам, че всяко невярно сведение или пропуск в информацията, съдържаща се в медицинския формуляр е основание за търсене на административно-наказателна отговорност по Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България.								
Дата: _____					Подпис на освидетелствания: _____			
ДОТУК СЕ ПОПЪЛВА ОТ ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ								

ръст _____ см., тегло _____ кг., гръдна обиколка _____ см., талия _____ см., ханш _____ индекс _____ БМИ _____.

Урина:

Крѣв:

Дата: / /

Извършил изследването: _____ / _____ / _____
подпис фамилия месторабота

Други лабораторни изследвания:

Дата: / /

Изследвал: _____ / _____
подпис фамилия на лекаря

VII. ФЛУОРОГРАФИЯ НА СЪРЦЕ И БЯЛ ДРОБ

Дата: ____ / ____ / ____

Разчет: _____ / _____
подпис фамилия на лекаря

1. ПРЕГЛЕД ОТ ИНТЕРНИСТ

Анамнеза /статус/:

ИЗСЛЕДВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО - СЪДОВАТА СИСТЕМА:

EKG

[illegible]

Предложение за экспертно решение: _____

Дата: / /

Подпис: _____ / _____
 фамилия на лекаря

2.ПРЕГЛЕД ОТ ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

Анамнеза:

Статус:

																		S-карнозен зъб; P-пулпит; G-периодонтит; R-корен; O-обтурация (синьо-метал; червено-пластмаса- местоположение и вид на пломбата); E-липсващ зъб; K-корона,единична;
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			X-изкуствен зъб; F-фрактуриран зъб; Im- имплант; Pa-пародонтоза;
																		НИ-неизрасъл зъб; ЗК-зъбен камък; ПП-подвижна протеза;
																		Лигавица: _____, Език _____, Гингива _____, Кожа _____
																		Слюнчени жлези _____, Регионерни лимфни съдове _____

Захапка: _____, Дъвкателна способност: _____

Наименование на заболяването /недостатъците/:

Предложение за експертизно решение:

Дата: ____/____/____

Подпис _____/_____
Фамилия на лекаря

3. ПРЕГЛЕД ОТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ

Анамнеза /Статус: _____

Аудиометрия Нз				0,5х	1х	2х	3х	4х	6х	8х	
Дясно	Шепотна реч	м	Говорна реч	м							
Ляво	Шепотна реч	м	Говорна реч	м							

Други изследвания:

Наименование на заболяването /недостатъците/:

Предложение за экспертно решение:

Дата: / /

Подпис	Фамилия
--------	---------

4. ПРЕГЛЕД ОТ ОФТАЛМОЛОГ:

Анамнез: _____

Статус: *Визус без корекция:* Дясно око _____ Ляво око _____ *Корекция:* Дясно око _____ Ляво око _____ *Визус:* Дясно око _____ Ляво око _____ *ВОН:* Дясно око _____ Ляво око _____

Наименование на заболяването /недостатъците/ _____

Предложение за експертно решение _____

Дата: ____/____/____

_____/_____
Подпис / Фамилия

5.ПРЕГЛЕД ОТ НЕВРОЛОГ

Анамнез/Статус: _____

Наименование на заболяването /недостатъците/ _____

Предложение за експертно решение _____

Дата: ____/____/____

_____/_____
Подпис / Фамилия

6.ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Основание за изследването: _____

Преценка на резултатите от изследването:

подходящ _____ графа _____ неподходящ _____ графа _____ временно неподходящ _____ графа _____
следващо изследване: _____ кога _____

Забележки:

Дата: ____/____/____

Психолог: ____/____/____
Подпис: ____/____/____
Фамилия на лекаря

7.ПРЕГЛЕД ОТ ХИРУРГ

Анамнез/статус: _____

Наименование на заболяването /недостатъците/: _____

Предложение за експертно решение: _____

Дата: ____/____/____

Подпис: ____/____/____
Фамилия на лекаря

8..ПРЕГЛЕД ОТ ГИНЕКОЛОГ

Наименование на заболяването /недостатъците/: _____

Предложение за експертно решение: _____

Дата: ____/____/____

_____/_____
Подпис / Фамилия

9.СПЕЦИАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА ОСВИДЕТЕЛСТВАНЕТО ЗА ГОДНОСТ ЗА ПЛАВАТЕЛНА ДЪЛЖНОСТ

Изследване на поносимостта към хипербария. Оценка:

Дата: ____/____/____

Изследвал: ____/____/____
Подпис / фамилия

VII. КОНСУЛТАЦИИ.

Дата: ____ / ____ / ____ Медицинско учреждение _____ Консултант Д-р _____

Дата: ____ / ____ / ____ Медицинско учреждение _____ Консултант Д-р _____

Дата: ____ / ____ / ____ Медицинско учреждение _____ Консултант Д-р _____

VIII. ЭКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ:

Название на болестта, физически и психологически недостатъци /на български език/

Решение на годността за плавателна длъжност по “Медицинските стандарти”

Военнослужещият/резервистът: може/ не може:

- да участва в операции и мисии извън територията на страната;
- да се обучава във военни академии, висши военни училища, и в чужбина;
- да постъпи на задгранична работа.

ПРЕДСЕДАТЕЛ ЦВМК: ____ / ____

Звание, подпис

фамилия

ЧЛЕНОВЕ:

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

____ / ____
 подпис фамилия

Дата: ____ / ____ / ____