

862. Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev, stran 2999.

Na podlagi četrtega odstavka 8. člena Zakona o gasilstvu (Uradni list RS, št. 113/05 – uradno prečiščeno besedilo) izdaja ministrica za zdravje v soglasju z ministrico za obrambo

P R A V I L N I K

o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev

1. člen

(vsebina)

Ta pravilnik določa merila za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev in pogoje, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi oziroma zasebni zdravniki za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev.

2. člen

(ugotavljanje zdravstvene sposobnosti)

Ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki imajo dovoljenje za opravljanje dejavnosti družinske medicine, pediatrije ali medicine dela, prometa in športa.

3. člen

(zdravniško spričevalo)

Zdravstvena sposobnost operativnega gasilca se dokazuje z zdravniškim spričevalom, ki ga izda izbrani osebni zdravnik operativnega gasilca ali specialist medicine dela, prometa in športa in je kot Priloga 1 sestavni del tega pravilnika.

4. člen

(izjava operativnega gasilca)

(1) Operativni gasilci pred izdajo zdravniškega spričevala iz prejšnjega člena izpolnijo Izjavo o zdravstvenem stanju operativnega gasilca, ki je kot Priloga 2 sestavni del tega pravilnika, in jo predložijo izbranemu osebnemu zdravniku ali specialistu medicine dela, prometa in športa.

(2) Zdravnik iz prejšnjega odstavka hrani kopijo izdanega zdravniškega spričevala iz Priloge 1 tega pravilnika in kopijo izpolnjene izjave iz Priloge 2 tega pravilnika v zdravstveni dokumentaciji operativnega gasilca.

5. člen

(zdravstveni pregled)

(1) Zdravstvene preglede za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev, ki opravljajo najzahtevnejša opravila, za katera je potrebna specialnost nosilec izolirnega dihalnega aparata (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni pregled), opravljajo specialisti medicine dela, prometa in športa, ki izpolnjujejo pogoje iz 2. člena tega pravilnika.

(2) Zdravstveni pregled obsega:

1. anamnezo,
2. klinični pregled,
3. spirometrijo,
4. laboratorijske preiskave krvi (hemogram, krvni sladkor in ob indikaciji jetrni testi) in urina,
5. elektrokardiografijo,
6. cikloergometrijo,
7. oceno vidnih funkcij (visus, forija, fuzija, barvni, globinski in nočni vid),
8. preiskavo sluha s šepetom in po potrebi ADG,
9. psihološki pregled.

(3) Zdravstveni pregled opravi operativni gasilec vsako tretje leto.

(4) Izvajalec medicine dela, prometa in športa po predhodni pisni privolitvi operativnega gasilca od izbranega osebnega zdravnika operativnega gasilca pridobi zdravstveno dokumentacijo operativnega gasilca. Po opravljenem zdravstvenem pregledu izvajalec medicine dela, prometa in športa izda zdravniško spričevalo, ki je kot Priloga 3 sestavni del tega pravilnika.

6. člen

(obseg zdravstvenega pregleda)

Ne glede na določbo drugega odstavka prejšnjega člena se:

- psihološki pregled opravi le ob prvem pregledu in ob indikaciji,
- cikloergometrija opravi ob prvem pregledu, ob prvem pregledu po 45. letu starosti ter nato vsakih pet let in ob indikaciji.

7. člen

(izvidi že opravljenih preiskav)

Pri zdravstvenem pregledu se upoštevajo rezultati predloženih izvidov preiskav, ki jih je operativni gasilec opravil v zadnjih treh mesecih pred zdravstvenim pregledom po tem pravilniku.

8. člen

(operativni gasilci, ki poklicno opravljajo operativne naloge gasilstva)

Zdravstveni pregledi za operativne gasilce, ki poklicno opravljajo operativne naloge gasilstva, se opravijo v skladu z določbami tega pravilnika in določbami predpisa, ki ureja preventivne zdravstvene preglede delavcev.

PREHODNA IN KONČNI DOLOČBI

9. člen

(pridobitev zdravniškega spričevala)

Operativni gasilci, ki že imajo najmanj čin »gasilec«, morajo zdravniško spričevalo iz 3. člena tega pravilnika pridobiti v treh letih od uveljavitve tega pravilnika.

10. člen

(prenehanje veljavnosti)

Z dnem uveljavitve tega pravilnika preneha veljati Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev (Uradni list RS, št. 65/07, 80/08, 9/11 in 69/15).

11. člen

(začetek veljavnosti)

Ta pravilnik začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št. 0070-12/2018

Ljubljana, dne 12. marca 2018

EVA 2018-2711-0003

Milojka Kolar Celarc l.r.

Ministrice

za zdravje

 *Priloga 1*

 *Priloga 2*

 *Priloga 3*

Priloga 1

**ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO
gasilca**

OSNOVNI PODATKI GASILCA

(Ime in priimek gasilca)

rojen (dan/mesec/leto) _____ / ____ / _____, stanujoč: _____

(domači naslov gasilca)

MNENJE

Izbrani osebni zdravnik gasilca: _____

(Ime in priimek izbranega osebnega zdravnika, zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen)

na podlagi pregleda zdravstvene dokumentacije in izpolnjene IZJAVE operativnega gasilca z dne _____ / _____ / _____ ugotavljam, da gasilec (označite ustrezno alinejo):

- JE SPOSOBEN za operativnega gasilca
- NI SPOSOBEN za operativnega gasilca
- JE POGOJNO SPOSOBEN za operativnega gasilca

DRUGI POMEMBNI PODATKI:

Krvna skupina gasilca: _____

Cepljenje proti tetanusu (cepilni status; obkrožite oziroma dopolnite ustrezno alinejo):

- gasilec je bil popolno cepljen (s tremi odmerki cepiva)
- gasilec je prejel zadnji poživitveni odmerek leta _____
- cepilni status ni znan

Kraj in datum (dan/mesec/leto) izdaje zdravniškega spričevala _____; _____ / _____ / _____

Žig in podpis zdravnika:

Priloga 2

Prostovoljno gasilsko društvo _____

IZJAVA
o zdravstvenem stanju operativnega gasilca

Ime in priimek: _____

Datum rojstva (dan/mesec/leto) ___/___/_____

Spol: moški ženska

Domači naslov: _____

Delo, ki ga opravljate oziroma poklic: _____

Krvna skupina: _____

Cepljenje proti tetanusu (DA/NE; če ste označili DA, zapišite, kdaj ste bili cepljeni)

| Ali imate oziroma ste kadarkoli imeli (po potrebi pri izpolnjevanju pomoaga zdravstveno osebo) | NE | DA | Če ste označili DA, na kratko opišite, za kakšno težavo gre oziroma je šlo |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. težave z očmi / vidom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. visok krvni tlak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. bolezni srca / žilja ali operacije na srcu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. krčne žile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. astmo/bronhitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. bolezni krvi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. sladkorno bolezen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. bolezni prebavil, jeter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. bolezni kože | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. bolezni živčnega sistema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. alergije (tudi alergije na zdravila) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. infektivne/ nalezljive bolezni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13. kilo (dimeljsko, popkovno, ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14. zlome / izpaha / poškodbe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15. operacije | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16. epilepsijo ali druge podobne napade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17. omotico / omedlevico / izgubo zavesti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18. duševne motnje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19. motnje ravnotežja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20. bolezni ušes (sluh, tinnitus) / nosu / grla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21. motnje gibanja, težave z gibali (hrbtenico, sklepi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 22. imate kakršnekoli druge zdravstvene težave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | Dodatna vprašanja | NE | DA | Če ste pod 3. točko označili DA, Napišite, katera zdravila jemljete |
|----|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | Ali kadite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Ali pijete alkohol, uporabljate prepovedane droge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Ali redno jemljete kakršnakoli zdravila, ki vam jih je predpisal zdravnik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Ali ste redno športno aktivni? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Ali imate opravljen preventivni zdravstveni pregled delavca (pregled na katerega vas napoti delodajalec)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Spodaj podpisani izjavljam, da so vsi podatki, ki sem jih navedel, resnični in popolni. Zavedam se tudi, da moram v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko vplivalo na izvajanje mojih nalog, o tem takoj obvestiti poveljnika in se glede nadaljnje zmožnosti po potrebi posvetovati z zdravnikom.

Podpis gasilca: _____

Datum (dan/mesec/leto) ____/____/____

Priloga 3

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO
operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata

OSNOVNI PODATKI OPERATIVNEGA GASILCA

(Ime in priimek operativnega gasilca)

rojen (dan/mesec/leto) ____/____/____, stanujoč: _____

(domači naslov operativnega gasilca)

dovoljujem vpogled v zdravstveno dokumentacijo, ki jo vodi moj izbrani osebni zdravnik:

(Ime in priimek izbranega osebnega zdravnika in zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen)

Prejšnji pregled operativnega gasilca sem opravil dne: (dan/mesec/leto) ____/____/____

Podpis operativnega gasilca: _____

MNENJE SPECIALISTA MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Na podlagi zdravstvenega pregleda operativnega gasilca in pregleda njegove zdravstvene dokumentacije, ki jo vodi izbrani osebni zdravnik, ugotavljam, da zgoraj omenjeni operativni gasilec:

- JE SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata
- NI SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata

Naslednji zdravstveni pregled mora operativni gasilec – nosilec izolirnega dihalnega aparata opraviti najpozneje do (dan/mesec/leto): ____/____/____

DRUGI POMEMBNI PODATKI

Krvna skupina gasilca: _____

Cepljenje proti tetanusu (cepilni status; obkrožite oziroma dopolnite ustrezno alinejo):

- gasilec je bil popolno cepljen (s tremi odmerki cepiva)
- gasilec je prejel zadnji poživitveni odmerek leta _____
- cepilni status ni znan

Kraj in datum (dan/mesec/leto) izdaje zdravniškega spričevala _____; ____/____/____

Žig in podpis specialista medicine, dela prometa in športa ter zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen:
