



Forskrift av 20. desember 2018 nr. 2257 om helseundersøkelse av loser og losaspiranter (helseforskrift los).  
*Bare til bruk for leger som foretar helseundersøkelse av loser og losaspiranter. Skal oppbevares hos legen i henhold til enhver tid gjeldende regler om oppbevaring av medisinske opplysninger.*

**Fortrolig**

## A. PERSONALIA

Følgende dokumenter er godkjent som ID-dokument: Pass, sjøfartsbok eller førerkort	Type ID-dokument	ID-dokumentnr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fødsels- og personnummer: <input type="text"/>	Mann <input type="checkbox"/>	Kvinne <input type="checkbox"/>
Etternavn: <input type="text"/>		
For- og mellomnavn: <input type="text"/>		
Bostedsadresse: <input type="text"/>		
Nasjonalitet: <input type="text"/>		

## B. EGENERKLÆRING

Har du noen gang hatt en eller flere av de følgende tilstandene?

Nr.	Tilstand	Ja	Nei
1.	Øye-/synsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hjerte-kar sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hjerte-kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Åreknuter/hemorroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Astma/bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Blodsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Stoffskifteproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Fordøyelsesproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Nyreproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hudproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Allergier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Infeksiøs/smittsom sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Brokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Sykdom i kjønnsorganene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Søvnvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Røyking av tobakk, overforbruk/misbruk av alkohol eller stoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Kirurgiske inngrep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Svimmelhet/besvimelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Tap av bevissthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Psykiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Forsøk på selvmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Hukommelsestap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



28.	Balansevansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Alvorlig hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Problemer i øre-nese-halsområdet (inklusive øresus, hørselsproblemer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Bevegelsesvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Rygg- eller ledd-problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Amputasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Brudd eller ledd ute av stilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du svarte ja på et eller flere av spørsmålene – beskriv nærmere her:

Nr.	Tilleggsspørsmål	Ja	Nei
35.	Har du noen gang blitt avmønstret eller repatriert på grunn av sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Har du noen gang vært innlagt på sykehus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Har du noen gang blitt erklært udyktig for tjeneste som los?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Har du noen gang fått en begrenset helseerklæring eller helseerklæringen trukket tilbake?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Vet du om at du har noen medisinsk tilstand, sykdom eller plage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Kjenner du deg frisk og i stand til å utføre arbeidet i den tiltenkte stillingen/yrket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Har du noen allergier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Har du gjennomført synskorrigerende kirurgi/andre inngrep i øyet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Har du ved noen anledning ikke bestått leidertesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

Nr.	Medisinering	Ja	Nei
44.	Bruker du noen reseptfrie eller reseptpliktige medisiner fast eller regelmessig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, opplys hvilke medisiner du tar, hvorfor og i hvilke doser du tar dem:

Jeg erklærer herved at ovenstående opplysninger er riktige og fullstendige.

Jeg er klar over min plikt til å konsultere lege om helsetilstander som er relevante for helseerklæringen og min plikt til å avgi egenerklæring, jf. forskrift av 20. desember 2018 nr. 2257 om helseundersøkelse av losere og losaspiranter §§ 5 og 6.

Dato:

Sted:

Los/losaspirantens signatur:

Bevitnet av:

Vitnets signatur og navn med blokkbokstaver:



## C. SAMTYKKE TIL Å INNHENTE MEDISINSK INFORMASJON

Jeg samtykker i at relevante opplysninger om tidligere sykdommer fra trygdekontor, lege, sykehus, annen helseinstitusjon, og eventuell offentlig myndighet kan innhentes av undersøkende lege, [redacted] til bruk for legens vurdering og evt. for klagenemnda for helseundersøkelse av loser og losaspiranter.

Dato:	Sted:	Los/losaspirantens signatur:
-------	-------	------------------------------

Bevitnet av:	Vitnets signatur og navn med blokkbokstaver:
--------------	--

## D. MEDISINSK UNDERSØKELSE

## D1. Synsstyrke

	Ukorrigert			Korrigert		
	Høyre øye	Venstre øye	Binokulært	Høyre øye	Venstre øye	Binokulært
Avstandssyn						
Lese-syn						

## D2. Synsfelt a.m. Donders

	Normalt	Ikke normalt	Kommentarer
Høyre øye			
Venstre øye			

## D3. Fargesyn – Ishihara test med 24, hhv. 38 plater (hvis ikke normalt, henvises til nærmere kartlegging)

Ikke testet	Normalt	Fargesvak	Fargeblind	Kommentarer

Plater som leses ved Ishihara ("x" = leses riktig, "-" = leses feil)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38			

## D4. Hørsel

Frekvens	Audiometri					Tale- og hviskestemme (meter)	
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	Gjennomsnitt	Talestemme	Hviskestemme
Høyre øre							
Venstre øre							



## D5. Kliniske funn

Høyde (cm)	Vekt (kg)	BMI	Puls (/min)	Rytme	Blodtrykk (mmHg)		Urinundersøkelse (stix)		
					Systolisk	Diastolisk	Glukose	Protein	Blod

Nr.	Organ eller system	Normalt	Unormalt	Kommentarer
1	Hode			
2	Bihuler, nese, svelg			
3	Munn/tenner			
4	Ører (generelt)			
5	Oftalmoskopi			
6	Pupiller			
7	Øyebevegelser			
8	Lunger og brystkasse			
9	Undersøkelse av bryster (bare når klinisk indikasjon)			
10	Hjerte			
11	Hud			
12	Varicer			
13	Sirkulasjon (inkl. fotpuls)			
14	Abdomen og viscera			
15	Brokk			
16	Anus (ikke rektal-u.s. Bare når klinisk indikasjon)			
17	Gynekologisk undersøkelse (bare når klinisk indikasjon)			
18	Ekstremiteter			
19	Columna (C, Th, L, S)			
20	Nevrologisk (full u.s. eller delvis u.s.)			
21	Psykiske forhold			
22	Generelt inntrykk			

## D6. Fysiske kapasiteter

Fysisk kapasitet	Test som er brukt	Resultat
Styrke		
Utholdenhet		
Smidighet		
Balanse og koordinasjon		
Kroppsstørrelse		
Arbeidskapasitet		
Evt. resultat av leidertest		

**D7. Undersøkelse for tuberkulose**

Los/losaspiranten kan være pliktig til å gjennomgå tuberkulosekontroll i henhold til forskrift Nr. 205 av 13. februar 2009 om tuberkulosekontroll. Se veiledning.

Hvis et av de nedenstående spørsmålene besvares med «ja», må røntgen av lunger gjennomføres	Ja	Nei
Har losen/losaspiranten oppholdt seg mer enn tre måneder i et land med høy prevalens av tuberkulose i de siste tre årene (>40/100.000/år)?		
Foreligger det opplysninger om tidligere tuberkulose?		
Har losen/losaspiranten vært utsatt for miljøsmitte?		
Foreligger klinisk mistanke om tuberkulose?		

Rtg. Thorax (Rtg-bildet skal måle minst 100x100 mm – digital rtg thorax er akseptabel)

Dato	Institutt/sykehus	Resultat

Ved funn ved klinisk undersøkelse eller lungerøntgen må aktiv sykdom utelukkes ved undersøkelse av oppspytt eller mer avanserte radiologiske metoder for lungeundersøkelse

**D8. Andre diagnostiske tester – utføres når det er klinisk indikasjon**

Test	Testmedium	Resultat	Måleenhet

**D9. Epikriser/uttalelser fra sykehus og spesialister**

Fra	Dato	Viktigste informasjon



## E. RISIKOVURDERING

E1. Mulig(e) hendelse(r) som kan opptre, basert på los/losaspirants medisinske tilstand				
E2. Sannsynlighet for at denne/disse hendelsen(e) skal opptre hos los/losaspirant i løpet av en 2-års periode	Svært lav (1) (<2 %)	Lav (2) (2-5 %)	Moderat (3) (5-10 %)	Høy (4) (> 10 %)
E3. Konsekvenser som kan kompromittere sikkerheten i jobben som los/losaspirant	Hvilke		Neglisjerbar (1)	Moderat (2)
E4. Kalkulering av risiko (sannsynlighet x konsekvens = risiko)	Akseptabel		Akseptabel hvis kompensert	
E5. Kompenserende tiltak				
E6. Risikoevaluering				
	Ikke akseptabelt			

## F. VEDTAK

På grunnlag av arbeidstakerens egenerklæring, min kliniske undersøkelse og resultater av de diagnostiske tester som er anført ovenfor samt de medisinske epikriser/uttalelser som er nevnt, og i samsvar med forskrift av 20. desember 2018 nr. 2257 om helseundersøkelse av loser og losaspiranter, erklærer jeg at losen/losaspiranten er medisinsk:

## F1. Egnethet for tjeneste som los/losaspirant

Egnet uten begrensning	
Egnet med begrensning (kun etter vedtak i klagenemnd for loser og losaspiranter)	
Foreløpig udyktig (T)	
Permanent udyktig (P)	

## F2. Begrensninger

Begrensning i tid/funksjon	Synshjelpemidler		Hørselshjelpemidler	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Hvis begrensning i tid, funksjon eller andre spesielle vilkår, spesifiser:				
Tid:				
Funksjon:				
Gyldighetsperiode:				
Spesielle vilkår:				
Referanse til klagenemndas vedtak:				

**F3. Faste eller regelmessige medisiner som tillates brukt i tjeneste som los/losaspirant**

Jeg har vurdert sikkerhetsrisikoen knyttet til fast eller regelmessig bruk av de nedenstående nevnte medikamentene. Jeg finner risikoen akseptabel, og bekrefter at bruken av disse medisinene ikke vil påvirke los/losaspirantens sikre jobbutførelse.

Preparat/medikament	Generisk substans	Dosering	Indikasjon

**F4. Begrunnelse for vedtaket**

Medisinsk begrunnelse for vedtaket

Hjemmel for vedtaket

**F5. Legens signatur**

Sted

Dato

Signatur

Navn med blokkbokstaver og stempel