נספח מס' 4: פירוט כשירות רפואית COP

תוספת ראשונה:

היקף בדיקה ראשונה להערכת כשירות רפואית של צולל תעסוקתי:

אנמנזה רפואית בהתאם לטופס המצוי בתוספת שלישית בדיקה גופנית בהתאם לאותו טופס.

1. אק"ג (12חיבורים) במנוחה.
2. אק"ג במאמץ
3. בדיקת שמיעה)אודיומטריה(הכוללת בדיקת pure tone בהולכת עצם ואוויר וכן בדיקת SRT.
4. בדיקת רופא עיניים כולל: חדות ראיה, קרקעיות ולחץ תוך עיני.
5. צילום חזה קדמי וצדדי.
6. ספירת דם מלאה.
7. שתן לכללית.
8. סוכר בצום.
9. תפקודי כבד וכליה ,אוריאה, קריאטינין.
10. ספירומטריה – נפחים וזרימות, עקומת נפחים – זרימות.
11. צילומי עצמות ארוכות – המלצה אך לא חובה.
12. בדיקות אחרות לפי שיקול דעתו של הרופא המורשה

תוספת שנייה:

היקף בדיקה תקופתית להערכת כשירות רפואית של צולל תעסוקתי

1. אנמנזה רפואית.
2. בדיקה גופנית כללית מלאה.
3. א.ק.ג. (12חיבורים) מנוחה.
4. מבחן מאמץ.
5. בדיקת שמיעה (אודיומטריה).
6. בדיקת רופא עיניים כולל קרקעיות ולחץ תוך עיני.
7. ספירת דם.
8. שתן לכללית.

9. סוכר בצום.
10. ספירומטריה – נפחים וזרימות, עקומת נפחים – זרימות.
11. צילומי עצמות ארוכות אחת ל - 5 שנים לצולל עד גיל 40, ואחת ל - 3שנים לצולל מעל גיל (40 מומלץ, לא חובה).
12. בדיקת יומן הצלילה של הצולל לאירועים חריגים.
13. בדיקות אחרות לפי שיקול דעתו של הרופא המורשה.

תוספת שלישית:

שאלון רפואי לצולל תעסוקתי. למילוי ע"י הצולל

אנא מלא בקפידה ולפי מיטב הידע שבידך את הפרטים בטופס רפואי סודי זה, אשר נועד לסייע בקביעת כשירותך לעסוק בצלילה. הטופס יצורף לתיקך הרפואי בשרות רפואה תעסוקתית מוסמך. אנא סמן את התשובה הנכונה:

שם: _____ ת.ז.: _____

תאריך: _____ מקום הבדיקה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ דוא"ל: _____

בדיקה רפואית קודמת בתאריך: _____

הוגבלתי בצלילה בעבר מסיבות רפואיות (פרט): _____

_____

_____

האם סבלת או הנך סובל/ת מאחד המצבים הבאים:

		כן	לא
1	מחלת ראות (אסטמה, ברונכיטיס ספסטית, שחפת, חבלה או ניתוח בחזה)		
2	מחלת לב (מחלת כלי דם כליליים, מום לב, ניתוח לב)		
3	הפרעות ראיה (קוצר ראיה מעל 5דיאופטריות, מחלת הרשתית וכו')		
4	מחלות אוזניים, סינוסים, אף, גרון, נזלת אלרגית		
5	מחלת כליות		
6	קדחת השיגרון, מחלות פרקים		

7	מחלת הנפילה (אפילפסיה), התעלפויות, אובדן הכרה		
8	זעזוע מוח, חבלת ראש		
9	הפרעות נפשיות, מחלות עצבים		
10	סוכרת		
11	קלאוסטרופוביה, פחד גבהים, פחד מעמקים		
12	מחלת ים קשה, נטייה להקאות		
13	מחלות כרוניות של מערכת העיכול		
14	ניתוחים (פרט):		
15	אשפוז בבית חולים (פרט):		
16	מעשן _____ סיגריות ליום		
17	שותה אלכוהול לשכרה		
18	משתמש בקביעות בתרופות הבאות (פרט):		
19	האם את בהריון?		
20	אחר (פרט):		

גיליון בדיקה רפואית לצולל תעסוקתי

	Yes	No
Eyes:		
Lungs:		
Myopia, #dioptries		
Rales		
Conjunctivitis		
Bronchospasm		
Nystagmus		
Diminished air entry		
Retinal changes		
Dullness		
Sinuses:		
X-RAY abnormalities		
Sinusitis		
Abdomen:		
Percussion sensitivity		
Liver normal		
Spleen normal		
Nose:		
Rhinitis (acute)		
Renal sensitivity		
Rhinitis (chronic)		
Other pathology		
Polyps		
Neurology		
Deviation of septum		

University of Haifa, 199 Aba Khoushy Ave, Mount Carmel, Haifa, Israel 3498838 אוניברסיטת חיפה, שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה
Multi-Purpose Building, בנין רב-תכליתי,
Tel: +972-4-8240600, +972-4-8249819 | Fax: +972-4-8240493 | E-Mail: maritime@research.haifa.ac.il

Pathological findings		
Blow test abnormal		
Psychology		
Throat		
Psycho-pathology present		
Tonsillar hypertrophy		
Morphometry		
Ears		
Height:	Weight:	
Otoscopy abnormal		
Valsalva abnormal		
Body Mass Index (BMI):		
Equilibrium		
Blind walk abnormal		
Romberg abnormal		
Heart		
Murmur present (Details):		
Borders abnormal		
Heave present		
Ruffie test:		
Pulse at rest		
A=_____ Pulse immediately after 30 knee bends		
B=_____ Pulse 60 sec later		
C=_____ Pulse 120 sec later (if still high)		
_____		

University of Haifa, 199 Aba Khoushy Ave, Mount Carmel, Haifa, Israel 3498838 אוניברסיטת חיפה, שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה
Multi-Purpose Building, בנין רב-תכליתי,
Tel: +972-4-8240600, +972-4-8249819 | Fax: +972-4-8240493 | E-Mail: maritime@research.haifa.ac.il

(A+B+C)-200/10 =		
ECG normal: (Details):		

ממצאיי בדיקות עזר (ימולא ע"י הרופא)

מבחן מאמץ: _____

בדיקת שמיעה (אודיומטריה): _____

בדיקת רופא עיניים: _____

קרקעיות: _____

לחץ תוך עיני: _____

ספירת דם: _____

שתן לכללית: _____

סוכר בצום: _____

ספירומטריה: _____

צילומי עצמות ארוכות: _____

בדיקת יומן הצלילה של הצולל לאירועים חריגים: _____

_____

בדיקות אחרות לפי שיקול דעתו של הרופא המורשה: _____

_____

תוספת רביעית:

אישור רפואי לצולל תעסוקתי

(ימולא ע"י הרופא)

תאריך: _____ שם שרות רפואה תעסוקתית מוסמך: _____

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

תעודת זהות: _____

כתובת: _____

עבר בדיקה ראשונית/תקופתית/מיוחדת לצורך עבודה כצולל מקצועי ונמצא:

☐ כשיר ללא הגבלות

☐ כשיר בהגבלה

☐ בלתי כשיר זמנית עד: _____

☐ בלתי כשר תמידית עד: _____

שם הרופא: _____

כתובת הרופא: _____

חותמת: _____