

Zarz. Wojsk. Sł. Zdrowia

## 170

### DECYZJA Nr 268/MON MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 7 listopada 2001 r.

#### **w sprawie określenia badań lekarskich, kwalifikacji zdrowotnej i osłony przeciwepidemicznej żołnierzy i pracowników wojska kierowanych do służby (pracy) poza granicami państwa oraz powracających do kraju po zakończeniu tej służby (pracy).**

Na podstawie § 2 pkt 8 i 14 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 lipca 1996 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. Nr 94, poz. 426), a także w związku z § 8 pkt 3, § 11 ust. 1, § 13 ust. 1 i 3 oraz § 15 ust. 3 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 grudnia 2000 r. w sprawie pełnienia służby poza granicami państwa przez żołnierzy zawodowych (Dz. U. Nr 115, poz. 1197) oraz § 10 ust. 2 i § 14 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie należności pieniężnych i świadczeń otrzymywanych przez żołnierzy wyznaczonych do pełnienia służby poza granicami państwa i pracowników wojska zatrudnionych w jednostkach wojskowych wykonujących zadania poza granicami państwa (Dz. U. Nr 110, poz. 1257) ustalam :

1. Ocenę stanu zdrowia żołnierzy i pracowników wojska — kandydatów do pełnienia służby (pracy) poza granicami państwa, zwanych dalej „kandydatami”, przeprowadza się, przed ich wyjazdem, w szpitalach wojskowych — samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (SP ZOZ), właściwych terytorialnie dla miejsca pełnienia służby wojskowej (pracy) lub miejsca stałego zameldowania tych osób, z zastrzeżeniem pkt 2-4.

2. Ocenę stanu zdrowia załóg okrętów Marynarki Wojennej, kierowanych do pełnienia służby poza granicami państwa, przeprowadza się przed rejssem w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej SP ZOZ w Gdańsku-Oliwie, z wykorzystaniem badań kandydatów i analiz prowadzonych w Wojskowej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej Marynarki Wojennej w Gdyni-Oksywiu oraz w Zakładzie Medycyny Morskiej i Tropikalnej Wojskowej Akademii Medycznej w Gdyni-Oksywiu.

3. Żołnierze i pracownicy wojska kwalifikowani do pełnienia służby (pracy) poza granicami państwa w trybie nagłym, poddawani są ocenie stanu zdrowia w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej — SP ZOZ w Kielcach.

4. Ocenę stanu zdrowia kandydatów do pełnienia służby (pracy) w misjach obserwacyjnych i humanitarnych ONZ przeprowadza się w Poliklinice Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej — SP ZOZ w Warszawie.

5. Na badania, o których mowa w pkt 1-4, kandydaci kierowani są przez organ typujący ich do wyjazdu.

6. Podczas badań dokonuje się pełnej oceny stanu zdrowia kandydata, stosownie do specyfiki klimatyczno-geograficznej oraz sanitarno-epidemiologicznej rejonu, w którym ma on pełnić służbę (pracować).

7. Określenie stanu zdrowia kandydata przeprowadza się na podstawie badań ogólnolekarskich i specjalistycznych, badań dodatkowych i pomocniczych oraz analiz, wymienionych w wykazie stanowiącym załącznik Nr 1 do decyzji; badany kandydat wypełnia „Kartę badania kwalifikacyjnego” oraz składa oświadczenie, których wzór określa załącznik Nr 2 do decyzji.

8. Wykaz chorób i innych stanów będących przeciwwskazaniami do służby (pracy) poza granicami państwa, zawiera załącznik Nr 3 do decyzji.

9. Komendant szpitala (polikliniki, przychodni), o którym mowa w pkt 1-4, wyznacza lekarza specjalistę chorób wewnętrznych, który prowadzi kwalifikację zdrowotną (badania) kandydatów.

10. Na podstawie oceny wyników przeprowadzonych badań i analiz, lekarz prowadzący kwalifikację zdrowotną orzeka o zdolności kandydata do służby (pracy) poza granicami państwa i wydaje certyfikat zdrowia kandydata, według wzoru określonego w załączniku Nr 4 do decyzji, z tym że:

- 1) certyfikaty dla kandydatów, o których mowa w pkt 3, wydaje kierownik Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej - SP ZOZ w Kielcach;
- 2) certyfikaty dla kandydatów zakwalifikowanych, o których mowa w pkt 4, wydaje się w języku angielskim według wzoru ONZ (formularz MS-2), stanowiącego załącznik Nr 5 do decyzji;
- 3) w certyfikacie odnotowuje się brak przeciwwskazań do szczepień ochronnych.

11. Certyfikat zdrowia kandydata wydaje się w 3 egzemplarzach: pierwszy egzemplarz otrzymuje kandydat, a pozostałe dołącza się do dokumentacji medycznej oraz akt personalnych kandydata. Wydanie certyfikatu odnotowuje się w książce zdrowia kandydata (książce zdrowia żołnierza zawodowego, książeczce zdrowia żołnierza służby zasadniczej, książce zdrowia pracownika wojska).

12. Kandydatów zakwalifikowanych do służby (pracy) poza granicami państwa, po zakończeniu badań, poddaje się:

- 1) szczepieniom ochronnym, według schematu szczepień stanowiącego załącznik Nr 6 do decyzji,
- 2) profilaktyce przeciwgrzybiczej, a w razie konieczności pełnienia służby (pracy) na obszarach występowania zimnicy (malarii) — również profilaktyce przeciwzimniczej.

13. Szczepienia ochronne oraz profilaktykę, o której mowa w pkt 12 ppkt 2, wykonuje — z zastrzeżeniem pkt 14 — służba zdrowia jednostki wojskowej, zwanej dalej „jednostką odpowiadającą za przygotowanie do wyjazdu”. Jednostką taką, w zależności od trybu przygotowań kandydata do wyjazdu za granicę jest:

- 1) Wojskowe Centrum Szkolenia dla potrzeb Sił Powojowych ONZ im. gen. broni Władysława Sikorskiego w Kielcach — zwane dalej „WCS Kielce” — lub inny ośrodek (zgrupowanie) prowadzący zbiorowo przygotowanie kandydatów;
- 2) jednostka wojskowa, w której kandydat pełni służbę (jest zatrudniony), jeżeli:
  - a) jednostka ta (lub jej pododdział) ma być użyta poza granicami państwa,
  - b) kandydat nie uczestniczy w zbiorowym przygotowywaniu kandydatów (wyjeżdża za granicę indywidualnie).

14. Kandydaci nie uczestniczący w zbiorowym przygotowywaniu do wyjazdu za granicę:

- 1) mogą wykonywać szczepienia ochronne w Wojskowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie lub w innym międzynarodowym punkcie szczepień, stosownie do miejsca zamieszkania;
- 2) poddawani są profilaktyce, o której mowa w pkt 12 ppkt 2, przez lekarza prowadzącego kwalifikację zdrowotną (pkt 9).

15. Kandydatom, którzy zostali poddani szczepieniom ochronnym, wydaje się międzynarodowe świadectwo szczepień na ogólnie obowiązującym druku. Poddanie profilaktyce przeciwgrzybiczej i przeciwzimniczej odnotowuje się w książce zdrowia kandydata.

16. Kandydatów nie posiadających zbadanej grupy krwi, lekarz prowadzący kwalifikację zdrowotną kieruje do stacji krwiodawstwa w celu oznaczenia grupy krwi i odnośnego wpisu w książce zdrowia kandydata.

17. Kandydaci zakwalifikowani do pełnienia służby (pracy) poza granicami państwa zaopatrywani są przez jednostkę odpowiadającą za przygotowanie do wyjazdu, w tabliczki identyfikacyjne grupy krwi, według wzoru określonego w załączniku Nr 7 do decyzji.

18. Kandydat zakwalifikowany do pełnienia służby (pracy) poza granicami państwa w razie zachorowania po otrzymaniu certyfikatu zdrowia kandydata,

podlega dodatkowemu badaniu przez lekarza, o którym mowa w pkt 9. W zależności od wyniku badania kandydat otrzymuje aktualny certyfikat zdrowia.

19. Bezpośrednio przed wyjazdem poza granice państwa kandydat podlega przeglądowi lekarskiemu przez służbę zdrowia jednostki odpowiadającej za jego przygotowanie do wyjazdu. W razie stwierdzenia zaburzeń w stanie zdrowia kandydat podlega badaniu lekarskiemu w zakresie koniecznym do postawienia diagnozy i wydania orzeczenia lekarskiego o możliwości jego służby (pracy) poza granicami państwa. Wyniki przeglądu podlegają rejestracji w dokumentacji medycznej.

20. Kandydat jest obowiązany posiadać w rejonie służby (pracy) poza granicami państwa:

- 1) certyfikat zdrowia kandydata oraz książkę zdrowia kandydata z aktualnym wpisem oznaczającym grupę krwi;
- 2) międzynarodowe świadectwo szczepień ochronnych;
- 3) tabliczkę identyfikacyjną grupy krwi.

21. Żołnierze i pracownicy wojska powracający po zakończeniu służby (pracy) poza granicami państwa — zwani dalej „osobami powracającymi” — podlegają w terminie 7 dni od powrotu do kraju, ocenie stanu zdrowia. Badania lekarskie przeprowadzane są — z zastrzeżeniem pkt 22 — w szpitalach wojskowych (przychodni) SP ZOZ, o których mowa w pkt 1-3, przez lekarzy, którzy przeprowadzali kwalifikację zdrowotną tych osób przed ich wyjazdem poza granice państwa (pkt 9).

22. Ocenę stanu zdrowia żołnierzy zawodowych powracających po zakończeniu służby poza granicami państwa na stanowiskach w dowództwach i sztabach NATO, wymienionych w etacie 89/202/\* „Wykaz stanowisk służbowych przeznaczonych dla żołnierzy zawodowych pełniących służbę poza granicami państwa”, przeprowadza Poliklinika Centralnego Szpitala Klinicznego Wojskowej Akademii Medycznej - SP ZOZ w Warszawie lub szpital wojskowy właściwy terytorialnie dla ich miejsca zamieszkania. Koszty tych badań lekarskich pokrywa jednostka obsługująca finansowo żołnierzy wyznaczonych na stanowiska określone w etacie 89/202/\*.

23. Na badania, o których mowa w pkt 22, kieruje powracających żołnierzy zawodowych organ kadrowy przełożonego, któremu żołnierze ci podlegali w czasie pełnienia służby (pracy) poza granicami państwa.

24. Ocenę stanu zdrowia osób powracających przeprowadza się na podstawie badań i analiz wymienionych w wykazie stanowiącym załącznik Nr 1 i Nr 1A do decyzji. Lekarz prowadzący badania osoby powracającej przeprowadza wywiad epidemiologiczny, którego wzór określa załącznik Nr 8 do decyzji oraz wypełnia kartę badania, której wzór określa załącznik Nr 9 do decyzji, a w razie potrzeby postępuje zgodnie z zasadami określonymi w załączniku Nr 1B do decyzji.

25. Lekarz, o którym mowa w pkt 24, może kierować osobę powracającą na badania uzupełniające do innych placówek wojskowej i cywilnej służby zdrowia.

26. Na podstawie oceny wyników przeprowadzonych badań i analiz, lekarz, o którym mowa w pkt 24, wydaje certyfikat zdrowia osoby powracającej ze służby (pracy) poza granicami państwa, którego wzór określa załącznik Nr 10 do decyzji. Przepis pkt 11 stosuje się odpowiednio.

27. Nadzór nad organizacją badań oraz oceną stanu zdrowia osób powracających ze służby (pracy) poza

granicami państwa, prowadzonymi w WCS Kielce sprawuje Szef Służby Zdrowia Dowództwa Wojsk Lądowych.

28. Dokumentację lekarską, badań kandydatów do służby (pracy) poza granicami państwa oraz osób powracających po tej służbie (pracy), prowadzi się i przechowuje zgodnie z przepisami w sprawie dokumentacji medycznej.

29. Decyzja wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Obrony Narodowej: *J. SZMAJDZIŃSKI*

Załączniki do decyzji Nr 268/MON  
Ministra Obrony Narodowej  
z dnia 7 listopada 2001 r. (poz. 170).

Załącznik nr 1

## WYKAZ

### **badan i analiz dla określenia stanu zdrowia żołnierza lub pracownika wojska — kandydata do pełnienia służby (pracy) poza granicami państwa**

1. Badanie ogólnolekarskie oraz wywiad ze szczegółowym uwzględnieniem chorób przebytych (kandydat wypełnia kartę badania kwalifikacyjnego).

2. Lekarskie badania specjalistyczne: internistyczno-kardiologiczne, dermatologiczne, neurologiczne, laryngologiczne, okulistyczne, przy kwalifikacji kobiet ginekologiczne oraz badania psychologiczne, a w razie konieczności badania psychiatryczne.

3. Badania dodatkowe i pomocnicze:

- a) rtg klatki piersiowej,
- b) badanie hematologiczne i biochemiczne krwi,
- c) OB,
- d) badanie ogólne moczu z testem w kierunku wykluczenia narkotyków,
- e) GGT, poziom: bilirubiny, aminotransferaz, kreatyniny, kwasu moczowego glukozy w surowicy krwi,
- f) testy w kierunku przeciwciał anty HIV, anty HCV oraz nosicielstwa antygenu HBsAg,
- g) badanie kału w kierunku pasożytów patogennych przewodu pokarmowego,
- h) u kobiet — próba ciążowa.

4. Badanie stomatologiczne — z doraźną sanacją uzębienia w przypadkach niezbędnych i potwierdzeniem braku schorzeń uzębienia z określeniem diagramu uzębienia.

5. Inne badania specjalistyczne, dodatkowe i pomocnicze - jeśli lekarz prowadzący uzna badanie za niezbędne.

Załącznik nr 1a

## WYKAZ

### **badania i analiz dla określenia stanu zdrowia osób powracających po odbyciu służby (pracy) poza granicami państwa**

1. Badania wymienione w załączniku Nr 1.
2. Badanie na nosicielstwo pałeczek Salmonella — Shigella.
3. Badania uzupełniające w kierunku specyficznych chorób tropikalnych i pasożytniczych, charakterystycznych dla rejonu, w którym osoba powracająca pełniła służbę (pracowała).

Załącznik nr 1b

## WYKAZ

### **dodatkowych zasad postępowania podczas badań osób powracających po odbyciu służby (pracy) poza granicami państwa**

1. Osoby, u których stwierdzono nosicielstwo chorób zakaźnych przewodu pokarmowego, kieruje się niezwłocznie do oddziału chorób zakaźnych szpitala właściwego terytorialnie dla jednostki odpowiedzialnej za przeprowadzenie badań, a po leczeniu postępuje zgodnie z „Instrukcją o ochronie sanitarnohigienicznej i przeciwepidemicznej wojsk w czasie pokoju i wojny” — Syg. Zdr. 231/93.

2. Badania parazytologiczne osób, u których wykryto ameby, określane „Entamoeba species” prowadzi się w warunkach ambulatoryjnych w miejscu pełnienia służby (pracy) do czasu ostatecznego określenia rodzaju pełzaka.

3. Osoby, u których stwierdzono obecność Entamoeba histolytica, kieruje się na leczenie (obserwację) do oddziału chorób zakaźnych szpitala właściwego terytorialnie dla miejsca pełnienia służby (pracy).

4. Osoby, u których wykryto niespecyficzne ameby o nieudowodnionej chorobotwórczości, poddaje się obserwacji ambulatoryjnej w miejscu pełnienia służby (pracy).

5. Żołnierzom zawodowym, u których stwierdzono ameby, powtarza się badanie w 6, 12 i 18 miesiącu po powrocie do kraju.

6. Żołnierzy, u których wykryto ameby, lekarz orzekający o stanie zdrowia obowiązany jest przekazać pod nadzór służby zdrowia jednostki (instytucji) wojskowej — stosownie do miejsca pełnienia służby.

7. Za skierowanie na dalsze badania parazytologiczne odpowiada lekarz jednostki (instytucji) wojskowej, pod nadzór którego skierowano żołnierza powracającego ze służby poza granicami państwa.

8. W przypadku zwolnienia z czynnej służby wojskowej żołnierza służby zasadniczej, wymagającego dalszych badań parazytologicznych, lekarz jednostki (instytucji) wojskowej przekazuje go pod nadzór właściwej dla jego miejsca zamieszkania wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Wzór

**KARTA BADANIA KWALIFIKACYJNEGO DO SŁUŻBY (PRACY)  
POZA GRANICAMI PAŃSTWA**  
(wypełnia kandydat do służby (pracy) poza granicami kraju)

Nazwisko i imię

.....

Data urodzenia

.....

Adres zamieszkania

.....

Miejsce służby (pracy)

.....

Instytucja wysyłająca

.....

Kraj docelowy

.....

Na okres

.....

Rodzaj służby (pracy)

.....

Wzór

**OŚWIADCZENIE OSOBY KWALIFIKOWANEJ**  
(wypełnić po dokładnym przeczytaniu)

UWAGA: punkty niezgodne ze stanem faktycznym należy określić szczegółowo w pkt 11.

1. W związku z propozycją skierowania mnie do służby (pracy) w ..... czuję się w pełni sprawny zdrowotnie do wypełniania powierzonych mi obowiązków w trudnych warunkach klimatycznych.

2. Dotychczas nie leczyłem się z powodu jakichkolwiek dolegliwości.

3. Nie chorowałem i nie choruję na:

- a) choroby płuc, oskrzeli, nosa, zatok, uszu, gardła,
- b) choroby serca, naczyń wieńcowych, nadciśnienie, żylaki,
- c) choroby żołądka, dwunastnicy, jelit, odbytu,
- d) choroby wątroby i pęcherzyka żółciowego, trzustki,
- e) choroby tarczycy, cukrzycę,
- f) choroby nerek, pęcherza moczowego i narządów płciowych,
- g) choroby skóry i weneryczne, uczulenia (alergia),
- h) choroby stawów, chorobę reumatyczną,
- i) choroby układu nerwowego, padaczkę, uporczywe bóle głowy, nerwice, choroby psychiczne,
- j) jaskrę, wady wzroku, inne choroby oczu,
- k) nowotwory, choroby krwi,
- l) choroby zakaźne, gruźlicę, zapalenie opon mózgowych, inne choroby.

4. Nie uległem wypadkowi, nie leżałem w szpitalu, nie byłem operowany.

5. Nie leczyłem się w żadnej poradni (przychodni) specjalistycznej, nie posiadam żadnej dokumentacji lekarskiej z placówek społecznej służby zdrowia.

6. Nie korzystam z żadnych ulg z tytułu złego stanu zdrowia, nie pobieram żadnych zasiłków ani renty z tytułu inwalidztwa czy złego stanu zdrowia.

7. Nie byłem nigdy w krajach tropikalnych i subtropikalnych.

8. Oświadczam, że zostałem poinformowany o konieczności zgłoszenia się na badania kontrolne w ciągu 7 dni po powrocie do kraju po zakończeniu służby (pracy).

9. Lekarz leczący .....

10. Lekarz zakładowy .....

11. Szczegółowe wyjaśnienia .....

Data .....

Podpis .....

**WY K A Z**  
**CHORÓB I INNYCH STANÓW BĘDĄCYCH PRZECIWWSKAZANIAM I**  
**DO SŁUŻBY (PRACY) POZA GRANICAMI PAŃSTWA**

**1. CHOROBY KRWI**

Białaczki, czerwienice, ziarnica złośliwa, skazy krwotoczne, niedokrwistości z niedoborem żelaza oraz choroba Addisona - Biermera.

**2. CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA**

Wady serca z zaburzeniami hemodynamicznymi, choroby mięśnia sercowego, stany pozawałowe, zaburzenia miarowości i przewodnictwa, serce płucne, zapalenie osierdzia, stwardnienie tętnicy głównej, choroba wieńcowa, choroba nadciśnieniowa, choroba Burgera, choroby organiczne naczyń włosowatych, zespół zatoki szyjnej, żylaki kończyn dolnych z zaburzeniami troficznymi, żylaki odbytu z owrzodzeniami.

**3. CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO**

Gruźlica płuc, rozedma, rozległe zrosty opłucnej, rozstrzenie oskrzeli, marskość płuc, odma opłucnej, dyshawica oskrzelowa.

**4. CHOROBY PRZEWODU POKARMOWEGO**

Paradontoza, zwężenie przełyku, kurcz wpustu, ciężkie postaci nadkwaśności, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, stany po chorobie wrzodowej ze zmianami anatomicznymi i dolegliwościami po resekcji żołądka i jelit, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, nowotwory przewodu pokarmowego, przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, wypadanie odbytnicy, przetoka odbytnicza.

**5. CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO**

Przewlekłe zapalenie nerek, nerczyca, odmiedniczkowe zapalenie nerek, stwardnienie nerek naczyniowe, gruźlica nerek, nowotwory nerek, kamica pęcherza moczowego, przerost gruczołu krokowego, kamica nerkowa, brak jednej nerki, wady rozwojowe upośledzające sprawność ustroju.

**6. CHOROBY WĄTROBY, DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I TRZUSTKI**

Uszkodzenie miększu wątroby po przebyłym wirusowym zapaleniu wątroby, choroba Weila, marskość wątroby, kamica pęcherzyka i dróg żółciowych, przewlekłe zapalenie dróg żółciowych, nowotwory i pasożyty wątroby i dróg żółciowych, przewlekłe zapalenie trzustki, torbiel i nowotwory trzustki, hiperbilirubinemia.

**7. CHOROBY GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO**

Nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, niedoczynność przysadki, moczówka prosta, zespół Cushinga, niedoczynność i nadczynność kory nadnerczy, tężyczka, guzy przytarczyc, zaburzenia okresu przekwitania, guzy jąder, cukrzyca, niedocukrzenie krwi samoistne, nieprawidłowa tolerancja węglowodanów.

**8. CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO**

Choroby organiczne układu nerwowego, padaczka, stany po urazach czaszki (zwłaszcza z naruszeniem mózgowia), nerwice wegetatywne znacznego stopnia, alkoholizm, narkomania, przewlekłe choroby korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych.

**9. CHOROBY PSYCHICZNE**

Zaburzenia psychiczne na tle organicznym, zaburzenia pourazowe, po zapaleniach mózgu, opon, płasawica, schizofrenia, cyklofrenia, psychopatia, charakteropatia.

**10. CHOROBY SKÓRY**

Przewlekłe stany zapalne skóry, rozległe wypryski, rozległe potówki zwykłe i czerwone, pocenie zmniejszone (anhydrosia), rozległe bielactwo, grzybice — czynny proces.

**11. CHOROBY NARZĄDU WZROKU**

Jaskra, zaćma, odklejenie siatkówki, owrzodzenie rogówki, zapalenie siatkówki, naczyńiówki, nerwu wzrokowego, znaczne upośledzenie wzroku, przewlekłe zapalenie brzegów powiek.

**12. R Ó Ź N E**

Zimnica, pełzakowica, kiła, choroba reumatyczna, nowotwory złośliwe i inne upośledzające sprawność organizmu, dna, otyłość znacznego stopnia, nosicielstwo wirusa HIV.

**13. I N N E**

W przypadku kobiet — ciąża.

Wzór

Pieczęć

Data .....

**CERTYFIKAT ZDROWIA Nr**  
**kandydata do służby (pracy) poza granicami państwa**

Pan (i) .....  
(stopień wojskowy, imię nazwisko)

ur. ....

Legitymujący się dowodem tożsamości

żołnierz: wojskowym dokumentem osobistym .....

pracownik wojska : dowodem osobistym .....

kwalifikuje się do pobytu i służby (pracy) w

.....

na okres

.....

w charakterze

.....

delegowany przez

.....


Nie stwierdza się przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepień ochronnych.

Wyjeżdżającego poinformowano o obowiązku przeprowadzenia badań kontrolnych po powrocie oraz o konieczności posiadania pełnej dokumentacji lekarskiej w wypadku leczenia za granicą.

.....  
(Podpis lekarza)



**ANNEX – III**  
**Standard United Nations entry medical examination form (MS-2)**

FAO	GATT	IAEA	ILO	ITC	ITU	UN	UNDP	UNESCO	UNICEF	UNIDO	WHO	WIPO	WMO
CONFIDENTIAL		<b>ENTRY MEDICAL EXAMINATION</b>						<b>UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES</b>					

I hereby authorize any of the doctors, hospitals or clinics mentioned in this form to provide the United Nations Medical Service with copies of all my medical records so that the Organization can take action upon application for employment.

I certify that the statements made by me in answer to the questions below are, to the best of my knowledge, true, complete and correct. I realize that any incorrect statement or material omission in the medical information form or in any other document required by the Organization renders a staff member liable to termination or dismissal.

Date: ..... Signature: .....

*Pages 1 and 2 are to be completed by the candidate*

FAMILY NAME IN BLOCK CAPITALS:		GIVEN NAMES:		MAIDEN NAME (FOR WOMEN ONLY):		SEX: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
ADDRESS, STREET, TOWN, DISTRICT OF PROVINCE, COUNTRY:				DATE OF BIRTH:			
POSITION APPLIED FOR DESCRIBE NATURE OF WORK:				TELEPHONE:		BIRTHPLACE:	
DUTY STATION:		PRESENT MARITAL STATUS:					
		Married <input type="checkbox"/> DATE: .....		Divorced <input type="checkbox"/> DATE: .....		Single <input type="checkbox"/>	
		Separated <input type="checkbox"/> DATE: .....		Widowed <input type="checkbox"/> DATE: .....			
Have you ever undergone a medical examination for the United Nations or one of its agencies? .....							
Have you ever been employed by the United Nations or one of its agencies? .....							
If so, please state when, where and for which Organisation: .....							

**FAMILY HISTORY**

Relative	Age (if still alive)	State of Health (if still alive, present state; if deceased, cause of death)	Age of death	Have members of your family had the following illnesses or disorders?	Yes	No	Who?
Father				High Blood Pressure			
Mother				Heart Disease			
Brothers				Diabetes			
Sisters				Tuberculosis			
Spouse				Asthma			
Children				Cancer			
				Epilepsy			
				Mental Disorders			
				Paralysis			

<b>TO BE COMPLETED BY THE OFFICIAL REQUESTING THE MEDICAL EXAMINATION</b>	<b>TO BE COMPLETED BY THE DIRECTOR OF THE MEDICAL SERVICE</b>
Name of Official: .....	Medical Classification: <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b
Department or Unit: .....	Comments: <input type="checkbox"/> 1a
Date: .....	Date: ..... Signature: .....

**VERY IMPORTANT: Please indicate the recruiting Agency or Organization:**



**TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN**

**GERAL APPERANCE**

Height: cm ..... Weight: kg .....

Skin: ..... Scalp: .....

**SIGHT, MEASURED VISUAL ACUITY**

Gross vision : Right ..... Left ..... Pupils: Equal ..... Regular? .....

Vision with spectacles : Right ..... Left ..... Fund (if necessary) .....

Near vision : Right ..... Left ..... Color vision: .....

With correction : Right ..... Left .....

**HEARING**

(test by  
whispering)

Right : Normal: ..... Sufficient: ..... Insufficient: .....

Left : Normal: ..... Sufficient: ..... Insufficient: .....

Ear drum : Right ..... Left .....

**NOSE – MOUTH – NECK**

Nose: ..... Pharynx: ..... Teeth: .....

Tongue: ..... Tonsils: ..... Thyroid: .....

**CARDIOVASCULAR SYSTEM**

Peripheral arteries

Pulse rate : ..... Auscultation : ..... – carotid : .....

Rhythm : ..... Blood pressure : ..... – posterior tibial : .....

Apex beat : ..... Varicose veins : ..... – dorsalis pedis : .....

Electrocardiogram (if indicated or after age of 45) – **Please attach tracing**

**RESPIRATORY SYSTEM**

Breasts:

Thorax:

**DIGESTIVE SYSTEM**

Spleen: .....

Abdomen : ..... Hernia: .....

Liver : ..... Rectal examination: .....

**NERVOUS SYSTEM**

Plantar reflex : .....

Pupillary reflexes: { - To light: ..... Motor functions : .....

{ ..... Sensory functions : .....

{ - On accommodation: ..... Muscular tense : .....

Patellar reflexes: ..... Romberg's sign : .....

Achilles reflexes: .....

**MENTAL STATE**

Appearance: ..... Behaviour: .....

**GENITO-URINARY SYSTEM**

Kidneys: ..... Genitals: .....

**SKELETAL SYSTEM**

Skull : ..... Upper extremities: .....

Spine : ..... Lower extremities: .....

**LYMPHATIC SYSTEM**

**CHEST X-RAY** (Full size film - Please send film itself, the radiologist's report is not sufficient. Lateral film not necessary unless indicated medically.)

**LABORATORY**

The results of all the following investigations must be included except where marked "If indicated".

Except by prior agreement, only the investigations mentioned are done at the Organization's expense.

**Urine :** Albumin ..... Sugar ..... Microscopic .....

**Blood:** Haemoglobin : .....% .....grams/l Leucocytes: .....

Haematocrit : .....% ..... Differential count (if indicated): .....

Erythrocytes : ..... Blood sedimentation rate: .....

**Blood chemistry** (if these tests can be carried out on the spot):

Sugar : ..... Urea or creatinine : .....

Cholesterol : ..... Uric acid : .....

**Serological test for syphilis:** Please attach laboratory report

**Drool examination** (if indicated):

**COMMENTS** (Please comment on all the positive answers given by the candidate and summarize the abnormal findings)

**CONCLUSION** (Please state your opinion on the physical and mental health of the candidate and fitness for the proposed post)

The examining doctor is requested before sending this report to verify that the questionnaire, pages 1 and 2 of this form, has been fully completed by the candidate and that all the results of the investigations required are given on the report. Incomplete reports are a major source of delay in recruitment.

Name of the examining physician (in block capitals):  
.....  
Address: .....  
.....  
.....

Signature: .....

Date: .....

**SCHEMAT SZCZEPIEŃ  
KANDYDATÓW ZAKWALIFIKOWANYCH DO SŁUŻBY (PRACY)  
POZA GRANICAMI PAŃSTWA**

**I**

Pierwszego dnia – jednocześnie:

TyTe	– pierwsza dawka
wzw B	– pierwsza dawka
wzw A	– pierwsza dawka (1440 j)
cholera	– pierwsza dawka
wścieklizna	– pierwsza dawka

Po 7 – 10 dniach:

cholera	– druga dawka
wścieklizna	– druga dawka

Po 28 dniach:

TyTe	– druga dawka
wzw B	– druga dawka
wścieklizna	– trzecia dawka
d	– jednorazowo (wg dodatkowych zaleceń Sekretariatu ONZ, WHO lub Kwatery Głównej NATO)
żółta febra	– jednorazowo (wg dodatkowych zaleceń Sekretariatu ONZ, WHO lub Kwatery Głównej NATO)
OPV	– jednorazowo (wg dodatkowych zaleceń Sekretariatu ONZ, WHO lub Kwatery Głównej NATO)

Dawki uzupełniające szczepienia podstawowego, tj. trzecią dawkę szczepionki przeciw wzw B należy podać po 6 miesiącach od pierwszej dawki, drugą dawkę szczepionki przeciw wzw A – 1440 j – po 6-12 miesiącach od pierwszej dawki, trzecią dawkę szczepionki TyTe – po 12 miesiącach od pierwszej dawki, przeciw wściekliznie – po 12 miesiącach od pierwszej dawki.

Przez podanie jednoczasowe szczepionki rozumie się dokonanie oddzielnych wstrzyknięć szczepionki z użyciem innych strzykawek i igieł w odległe miejsca ciała. Nie wolno dokonywać mieszania preparatów w strzykawce. Odstęp czasu między pierwszą a ostatnią dawką szczepionki podawanej jednoczasowo nie może być dłuższy od 24 godzin.

**II**

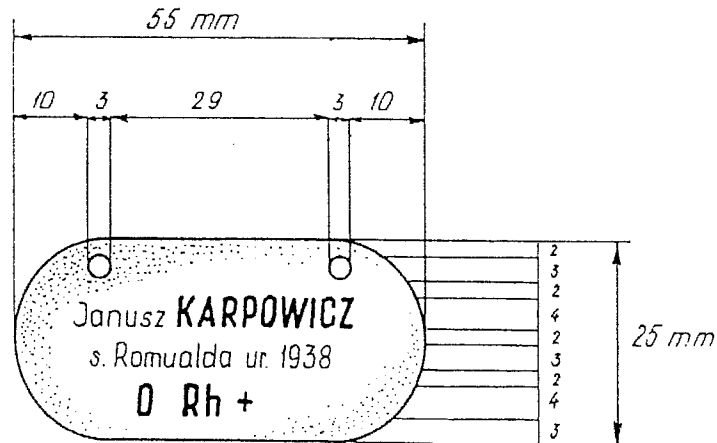
**MODYFIKACJA PROGRAMU SZCZEPIEŃ**

Modyfikacja programu szczepień może nastąpić w przypadku:

- 1) dysponowania szczepionką skojarzoną przeciwko wzw typu A i wzw typu B, która stosowana jest w schemacie miesięcznym 0, 1, 6, (3 dawki) szczepienia podstawowego.  
Szczepionka może być stosowana tak jak szczepionka przeciw wzw B przytoczona w części I schematu. Może być stosowana osobom nieuodpornionym poprzednio zarówno przeciw wzw typu A jak i wzw typu B.  
Osoby, które były poprzednio uodpornione przeciw wzw typu A lub przeciw wzw typu B powinny być doszczepione szczepionką monowalentną;
- 2) wyjazdu poza granice kraju pododdziałów i pojedynczych osób w dobre lub nawet bardzo dobre warunki, np. do sztabu Kwatery Głównej NATO. Modyfikacja zależy będzie od sytuacji epidemiologicznej i zagrożeń epidemicznych w kraju docelowym oraz zależnie od warunków służby;
- 3) indywidualnego uodpornienia poszczególnych osób. Osoby aktualnie uodpornione przeciw określonej chorobie, nie powinny być poddawane temu szczepieniu.

Załącznik nr 7

**WZÓR  
METALOWEJ TABLICZKI IDENTYFIKACYJNEJ GRUPY KRWI**



Załącznik nr 8

Wzór

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY**

powracającego ze służby (pracy) poza granicami państwa

( ANAMNEZA LEKARSKA )

(informacje poufne wyłącznie do użytku lekarskiego)

1. Nazwisko, imię ..... imię ojca .....
2. Data i miejsce urodzenia .....
3. Stopień wojskowy .....
4. Miejsce pobytu (wymienić miejscowość, czas pobytu w tygodniach)
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
  - d) .....
  - e) .....
5. Charakter służby (pracy) poza granicami państwa — grupa specjalności (właściwe podkreślić)
  - a) kierowca,
  - b) saper (miner, budowa mostów),
  - c) operator sprzętu ciężkiego,

- d) łączność,  
e) uzbrojenie,  
f) służba patrolowa,  
g) służba sztabowa,  
h) inne.
6. Kontakt z ludnością miejscową związany z pełnieniem służby (właściwe podkreślić)
- a) brak kontaktu,  
b) sporadyczny (określić ile razy i jaki),  
c) częsty (określić orientacyjnie ile razy w tygodniu i charakter kontaktu).
7. Kontakt z ludnością miejscową w czasie wolnym (właściwe podkreślić)
- a) wspólne spożywanie miejscowych posiłków,  
b) kontakty seksualne,  
c) brak kontaktów.
8. Rodzaj żywienia
- A. Zbiorcze      a) w stołówce (posiłki dowożone, suchy prowiant),  
                    b) w miejscu wykonywania zadań {posiłki dowożone, suchy prowiant}).
- B. Posiłki poza zbiorowym systemem żywienia (podkreślić)
- a) warzywa, jarzyny,    b) owoce,    c) ryby,    d) mięso,  
e) potrawy typowe dla rejonu pobytu (podać jakie produkty i sposób przygotowania).
- Często ..... Sporadycznie (ile razy) ..... Nigdy .....
9. Stosowane środki profilaktyki zdrowotnej { właściwe podkreślić}
- a) leki p /malaryczne (regularnie, nieregularnie),  
b) moskitiery (regularnie, nieregularnie, wcale),  
c) preparaty odstraszające owady,  
d) inne metody lub preparaty (podać).
10. Dolegliwości w czasie pobytu (podkreślić)
- a) biegunki (podać liczbę zachorowań) z krwią, bez krwi, ze śluzem, wodniste,  
b) bóle brzucha przed jedzeniem, po jedzeniu, niezależnie od posiłków,  
c) stany gorączkowe (ile razy ..... czas trwania w dniach .....),  
d) inne dolegliwości (opisać).
11. Aktualne dolegliwości (proszę opisać)
12. Ewentualne zachorowania w otoczeniu (wypełnia lekarz)
13. Wizyty lekarskie podczas pobytu w tropiku (przyczyna)

.....  
(Podpis lekarza)

Wzór

Pieczęć

Data .....

**KARTA BADANIA  
POWRACAJĄCEGO ZE SŁUŻBY (PRACY) POZA GRANICAMI PAŃSTWA**

1. Nazwisko, imię .....
2. Imię ojca ..... Data i miejsce urodzenia .....
3. Data powołania do służby wojskowej.....
4. Jednostka wojskowa .....
5. Data wyjazdu .....
6. Data powrotu .....
7. Wyjazd po raz pierwszy, kolejny (podać rok i kraj pobytu) .....

**ZACHOROWANIA W CZASIE POBYTU WTROPIKU**

1. Wizyty u lekarza (podać przyczyny) .....
2. Wizyty ambulatoryjne (podać przyczyny) .....
3. Leczenie szpitalne .....

ROZPOZNANIE

WYDANO CERTYFIKAT ZDROWIA .....

.....  
Podpis lekarza



Wzór

Pieczeńć

**CERTYFIKAT ZDROWIA Nr**

powracającego ze służby (pracy) poza granicami państwa

Pan(i) .....  
(stopień wojskowy, imię nazwisko)

ur. ....

został (a) poddany(a) specjalistycznym badaniom lekarskim

w dniach ..... w wyniku których stwierdzono:

.....  
Podpis lekarza