134

DECYZJA Nr 283/MON
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia 23 września 2004 r.

w sprawie badań lekarskich, certyfikatów zdrowia oraz profilaktyki przeciwepidemicznej dla żołnierzy niezawodowych, skierowanych do służby i pracowników resortu obrony narodowej, skierowanych do pracy poza granicami państwa oraz powracających do kraju po jej zakończeniu, jak również szczepień profilaktycznych i profilaktyki przeciwepidemicznej żołnierzy zawodowych

Na podstawie § 1 pkt 7 lit. b oraz § 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), w związku z art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. Nr 179, poz.1750 oraz z 2004 r. Nr 116, poz. 1203), ustala się, co następuje:

1. Badania lekarskie żołnierzy niezawodowych, skierowanych do służby poza granicami państwa, zwanych dalej „żołnierzami", przed ich wyjazdem i po powrocie do kraju, wykonują właściwe wojskowe komisje lekarskie.

2. Badania lekarskie pracowników resortu obrony narodowej, skierowanych do pracy poza granicami państwa, zwanych dalej „pracownikami", przeprowadza się przed ich wyjazdem, w zakładach opieki zdrowotnej najbliższych miejsca pracy albo miejsca pobytu stałego lub czasowego trwającego ponad dwa miesiące, dla których organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej.

3. Badania lekarskie pracowników, mających wziąć udział w misjach obserwacyjnych i humanitarnych Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) oraz pracowników i żołnierzy skierowanych do udziału w szkoleniach prowadzonych poza granicami państwa, przeprowadza się w zakładach opieki zdrowotnej dla których organem założycielskim jest Minister Obrony Narodowej. Wyniki badań pracowników przedstawia się na formularzu, którego wzór określa załącznik Nr 6, a żołnierzy kierowanych na szkolenia w dokumentacji medycznej wymaganej przez organizatora szkolenia.

4. Na badania, o których mowa w pkt 2, pracownicy kierowani są przez organ uprawniony do kierowania ich do wyjazdu. Koszty tych badań pokrywa organ kierujący.

5. Określenie stanu zdrowia żołnierzy i pracowników przeprowadza się na podstawie badań ogólnolekarskich i specjalistycznych, badań dodatkowych i pomocniczych oraz analiz wymienionych w wykazie stanowiącym załącznik Nr 1. Wyniki badań zamieszcza się w karcie badań, której wzór stanowi załącznik Nr 3.

6. Po zakończeniu badań pracownicy otrzymują certyfikat zdrowia, którego wzór określa załącznik Nr 7. Certyfikat wydaje zakład opieki zdrowotnej, w którym przeprowadzane są badania.

7. Wykaz chorób i innych stanów, będących przeciwwskazaniami do służby (pracy) poza granicami państwa, określa załącznik Nr 5.

8. Komendant (dyrektor) zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w pkt 2 i 3, wyznacza lekarza specjalistę chorób wewnętrznych, który prowadzi kwalifikację zdrowotną (badania) pracowników.

9. Certyfikat wydaje się pracownikowi w trzech egzemplarzach. Pierwszy egzemplarz otrzymuje pracownik, a pozostałe dołącza się do dokumentacji medycznej oraz akt pracownika.

10. Żołnierze (pracownicy) zakwalifikowani do służby (pracy) poza granicami państwa, po zakończeniu badań poddawani są:

1) szczepieniom profilaktycznym, według schematu szczepień stanowiącego załącznik Nr 4, po ustaleniu braku przeciwwskazań do ich wykonania;
2) profilaktyce przeciwgrzybiczej, a w razie konieczności pełnienia służby (pracy) na obszarach występowania zimnicy (malarii) — również profilaktyce przeciwzimniczej i innej, stosownie do zagrożeń występujących w rejonie przyszłej służby (pracy).

11. Szczepienia profilaktyczne, o których mowa w pkt 10 ppkt 1, wykonują: międzynarodowy punkt szczepień Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej w Krakowie lub służba zdrowia jednostki wojskowej, zwanej dalej „jednostką odpowiadającą za przygotowanie do wyjazdu", którą, w zależności od trybu przygotowań, jest:
1) Ośrodek Szkolenia dla Potrzeb Sił Pokojowych ONZ im. gen. broni Władysława Sikorskiego w Kielcach;
2) inny ośrodek (zgrupowanie), prowadzący zbiorowo przygotowanie pracowników do wyjazdu;
3) jednostka wojskowa, w której żołnierz (pracownik) pełni służbę (jest zatrudniony), jeżeli jednostka ta (pododdział) w całości ma być użyta poza granicami państwa;
4) Międzynarodowy Punkt Szczepień Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej w Krakowie, wykonujący wyłącznie szczepienia przeciwko żółtej febrze;
5) inny międzynarodowy punkt szczepień, wykonujący szczepienia przeciwko żółtej febrze — w wyjątkowych przypadkach.

Jednostka odpowiadająca za przygotowanie do wyjazdu odpowiada również za profilaktykę, o której mowa w pkt 10 ppkt 2.

12. Żołnierze nie uczestniczący w zbiorowym przygotowaniu do wyjazdu:
1) mogą wykonywać szczepienia ochronne w międzynarodowym punkcie szczepień Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej w Krakowie lub, w wyjątkowych przypadkach, w innym międzynarodowym punkcie szczepień najbliższym miejsca służby albo miejsca pobytu stałego lub czasowego, trwającego ponad dwa miesiące;
2) poddawani są profilaktyce, o której mowa w pkt 10 ppkt 2, przez lekarza prowadzącego badania, wskazanego przez właściwą wojskową komisję lekarską.

13. Żołnierzom i pracownikom, którzy zostali poddani szczepieniom ochronnym, o których mowa w pkt 10 ppkt 1, wydaje się międzynarodowe świadectwo szczepień Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Poddanie wymaganej profilaktyce odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

14. Lekarz jednostki odpowiadającej za przygotowanie do wyjazdu kieruje do stacji krwiodawstwa żołnierzy (pracowników) nie posiadających zbadanej grupy krwi, w celu jej oznaczenia przed wyjazdem.

15. Pracownik zakwalifikowany do wyjazdu, w razie zachorowania po otrzymaniu certyfikatu zdrowia, podlega dodatkowemu badaniu przez lekarza, o którym mowa w pkt 8, w celu rozpoznania ewentualnych zaburzeń w stanie zdrowia.

16. Bezpośrednio przed wyjazdem żołnierz (pracownik) podlega przeglądowi lekarskiemu przez służbę zdrowia jednostki odpowiadającej za przygotowanie do wyjazdu. W razie stwierdzenia zaburzeń w stanie zdrowia podlega badaniu lekarskiemu w zakresie koniecznym do postawienia diagnozy i wydania zaświadczenia lekarskiego o możliwości jego wyjazdu. Wyniki przeglądu podlegają rejestracji w dokumentacji medycznej.

17. Żołnierz (pracownik) jest obowiązany posiadać w rejonie służby (pracy) poza granicami państwa:
1) certyfikat zdrowia (pracownik — z wpisaną grupą krwi);
2) międzynarodowe świadectwo szczepień ochronnych;
3) żołnierz — książkę (książeczkę zdrowia) z wpisaną grupą krwi.

18. Żołnierze (pracownicy) powracający po zakończeniu służby (pracy) — zwani dalej „osobami powracającymi" — podlegają ocenie stanu zdrowia niezwłocznie po powrocie do kraju przez służbę zdrowia jednostki wojskowej odpowiedzialnej za przyjęcie powracających.

19. Badania lekarskie pracowników przeprowadza się niezwłocznie po powrocie do kraju w szpitalach (przychodniach), zakładach opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 2 i 3.

20. Ocenę stanu zdrowia osób powracających do kraju przeprowadza się na podstawie badań i analiz wymienionych w wykazie, stanowiącym załącznik Nr 2. W razie konieczności lekarz prowadzący badania może skierować osobę badaną na badania uzupełniające do innych placówek służby zdrowia. Po zakończeniu badań pracownikowi wydaje się certyfikat zdrowia powracającego z pracy poza granicami państwa, którego wzór określa załącznik Nr 8.

21. Po powrocie żołnierzy do kraju stosuje się następujące zasady:
1) żołnierzy uprzednio chorych lub rannych po wyleczeniu oraz tych którzy doznali urazu psychicznego kieruje się na turnusy leczniczo- profilaktyczne;
2) na turnus leczniczo-profilaktyczny, o którym mowa w ppkt 1, kieruje żołnierza dowódca jednostki wojskowej, na której zaopatrzeniu żołnierz ten pozostaje, na wniosek lekarza tej jednostki wojskowej;
3) podstawą wniosku, o którym mowa w ppkt 2, są wyniki badań określone w pkt 20 oraz opinia psychologiczna, wydana po badaniach, których zakres

i rodzaj określa Szef Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia Sztabu Generalnego WP — na wniosek Naczelnego Lekarza Wojska Polskiego;

4) opinię psychologiczną dołącza się do dokumentacji medycznej żołnierza;
5) turnusy, o których mowa w ppkt 1, są organizowane na okres 14 dni w wojskowych szpitalach uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych — samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

22. Dokumentację lekarską badań osób powracających prowadzi się i przechowuje zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji oraz sposobu jej prowadzenia i udostępniania przez zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Obrony Narodowej.

23. Żołnierze zawodowi, skierowani do służby oraz na szkolenia poza granicami państwa, przed ich wyjazdem i po powrocie do kraju podlegają szczepieniom profilaktycznym i profilaktyce przeciwepidemicznej, a także badaniu grupy krwi na zasadach określonych w niniejszej decyzji dla żołnierzy i pracowników.

24. Traci moc 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) (Dz. Urz. MON Nr 19, poz. 170).

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

Minister Obrony Narodowej: *J. Szmajdziński*

Załączniki do decyzji Nr 283/MON
Ministra Obrony Narodowej
z dnia 23 września 2004 r. (poz. 134)

Załącznik Nr 1

Zakres badań lekarskich żołnierzy / pracowników* skierowanych do służby / pracy* poza granicami państwa

Wzór

I. Wywiad lekarski

Nazwisko i imię

. . . . . .

Data urodzenia

. . . . . .

Adres zamieszkania

. . . . . .

Miejsce służby / pracy*

. . . . . .

Instytucja wysyłająca

. . . . . .

Kraj docelowy

. . . . . .

Na okres

. . . . . .

Rodzaj służby / pracy*

. . . . . .

Załącznik Nr 1 (cd.)

UWAGA: punkty niezgodne lub nie w pełni zgodne ze stanem faktycznym należy określić szczegółowo w pkt 10.

1. Czy w związku z propozycją skierowania Pana / Pani do pracy czuje się Pan / Pani w pełni sprawny zdrowotnie do wypełniania powierzonych mu obowiązków w trudnych warunkach klimatycznych. Tak / Nie *

2. Czy dotychczas przyjmował(a) Pan / Pani w sposób długotrwały jakichkolwiek leki, w szczególności leki z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia, chorób krwi, chorób układu pokarmowego, chorób metabolicznych, chorób układu moczowego, chorób skóry oraz chorób wenerycznych, chorób układu kostno-stawowego, chorób układu nerwowego, chorób narządów wzroku i słuchu, alergii i nowotworów. Tak / Nie*. Jeśli tak — podać jakie, jak długo, w jakich dawkach i ewentualnie kiedy zaprzestał Pan /Pani je zażywać?
. . . . . .
. . . . . .

3. Czy uległ Pan/ Pani wypadkowi, leżał (a) w szpitalu, był /była*/ operowany(a). Tak / Nie*. Jeśli tak: podać kiedy, z jakiego tytułu (uraz, choroba lub inne).?
. . . . . .
. . . . . .

4. Czy leczył się Pan /Pani w poradni (przychodni) specjalistycznej i w związku z tym czy posiada Pan / Pani jakąkolwiek dokumentacje lekarską z placówek publicznej służby zdrowia. Tak / Nie*. Jeśli tak: podać nawę i siedzibę poradni (przychodni), rodzaj schorzenia .
. . . . . .
. . . . . .

5. Czy korzystał(a) Pan / Pani z ulg z tytułu złego stanu zdrowia i pobierał(a) jakiekolwiek zasiłki lub renty z tytułu inwalidztwa czy złego stanu zdrowia. Tak / Nie *. Jeśli tak; podać rodzaj i nawę ulgi, oraz czasokres jej pobierania, czasokres pobieranego świadczenia i organ, który świadczenie to przyznał
. . . . . .
. . . . . .

6. Czy był Pan / Pani w krajach tropikalnych i subtropikalnych Tak / Nie. Jeśli tak podać: kiedy, jak długo, nazwę kraju
. . . . . .
. . . . . .

7. Żołnierza poddanego niniejszemu wywiadowi lekarskiemu poinformowano o konieczności zgłoszenia się na badania kontrolne w ciągu 7 dni po powrocie do kraju po zakończeniu pełnienia służby poza granicami państwa.

8. Wskazanie lekarza rodzinnego . . . . . .
. . . . . .

9. Wskazanie lekarza jednostki wojskowej, na zaopatrzeniu której żołnierz pozostaje . . . . . .
. . . . . .

10. Uwagi . . . . . .
. . . . . .

Data . . . . . .

. . . . . .
Podpis i pieczątka lekarza przeprowadzającego wywiad

. . . . . .
Podpis żołnierza/ pracownika*

* niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 1 (cd.)

II. Badanie podmiotowe

1. Ogólne badanie lekarskie.
2. Badania specjalistyczne: internistyczno-kardiologiczne, dermatologiczne, neurologiczne, laryngologiczne, okulistyczne, psychiatryczne i psychologiczne, a przy kwalifikacji kobiety także ginekologiczne.
3. Badania diagnostyczne:
   1) badanie radiologiczne klatki piersiowej;
   2) badanie elektrokardiologiczne (EKG);
   3) badanie morfologiczne krwi obwodowej z rozmazem i oznaczeniem liczby płytek krwi;
   4) OB;
   5) badanie biochemiczne krwi z uwzględnieniem: poziomu bilirubiny, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, glukozy (na czczo), aktywności aminotransferaz i GGTP, jonogram oraz GGT, poziomu cholesterolu;
   6) wskaźnik protrombinowy;
   7) badanie ogólne moczu wraz z badaniem na obecność narkotyków;
   8) badania serologiczne na obecność antygenu HBs oraz przeciwciał anty HIV i anty HCV oraz w kierunku kiły;
   9) badanie kału na obecność pasożytów przewodu pokarmowego;
   10) próba ciążowa u kobiety;
   11) Badanie stomatologiczne — z doraźną sanacją uzębienia i określeniem diagramu uzębienia;
   12) Inne badania specjalistyczne i diagnostyczne — jeśli lekarz prowadzący uzna takie badania za niezbędne.

Załącznik Nr 2

Wykaz badań lekarskich osób powracających do kraju po zakończeniu służby / pracy poza granicami państwa

Wzór

I. Wywiad epidemiologiczny

1. Nazwisko, imię . . . . . imię ojca . . . . . .

2. Data i miejsce urodzenia . . . . . .

3. Stopień wojskowy . . . . . .

4. Miejsce pobytu (miejscowość, czas pobytu w tygodniach)
   1) . . . . . .
   2) . . . . . .
   3) . . . . . .
   4) . . . . . .
   5) . . . . . .

5. Charakter pracy poza granicami państwa — grupa specjalności*
   . . . . . .
   . . . . . .
6. Kontakt z ludnością miejscową związany z pracą*
   1) brak kontaktu;
   2) sporadyczny (określić ile razy i jaki) . . . . . .
   3)częsty (określić orientacyjnie ile razy w tygodniu i charakter kontaktu) . . . . . .

Załącznik Nr 2 (cd.)

7. Kontakt z ludnością miejscową w czasie wolnym*
   1) wspólne spożywanie miejscowych posiłków;
   2) kontakty seksualne;
   3) brak kontaktów.

8. Rodzaj żywienia

   1) Zbiorcze:
      a) w stołówce (posiłki dowożone, suchy prowiant),
      b) w miejscu wykonywania zadań (posiłki dowożone, suchy prowiant);

   2) Posiłki poza zbiorowym systemem żywienia: *
      a) warzywa, jarzyny,
      b) owoce,
      c) ryby,
      d) mięso,
      e) potrawy typowe dla rejonu pobytu
      (produkty i sposób przygotowania).
      często ..... sporadycznie (ile razy) ..... nigdy .....

9. Stosowane środki profilaktyki zdrowotnej:*
   1) leki p/malaryczne (regularnie, nieregularnie);
   2) moskitiery (regularnie, nieregularnie, wcale);
   3) preparaty odstraszające owady;
   4) inne metody lub preparaty (podać).

10. Dolegliwości w czasie pobytu: *
1) biegunki (podać liczbę zachorowań) z krwią, bez krwi, ze śluzem wodniste

. . . . . .
2) bóle brzucha przed jedzeniem, po jedzeniu, niezależnie od posiłków

. . . . . .
. . . . . .
3) stany gorączkowe (ile razy . . . . . czas trwania w dniach . . . . .)
4) inne dolegliwości (opisać)
. . . . . .
. . . . . .

11. Aktualne dolegliwości (proszę opisać)

. . . . . .

12. Ewentualne zachorowania w otoczeniu (wypełnia lekarz)

. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

13. Wizyty lekarskie podczas pobytu w tropiku (przyczyny)
. . . . . .
. . . . . .

. . . . . .
(Podpis i pieczątka lekarza)

* właściwe podkreślić

Załącznik Nr 2 (cd.)

II Badanie podmiotowe

1. Ogólne badanie lekarskie.
2. Badania specjalistyczne: internistyczno-kardiologiczne, dermatologiczne, neurologiczne, laryngologiczne, okulistyczne, psychiatryczne i psychologiczne, a przy badaniu kobiety także ginekologiczne.
3. Badania diagnostyczne:
   1) badanie radiologiczne klatki piersiowej,
   2) badanie elektrokardiologiczne (EKG)
   3) badanie morfologiczne krwi obwodowej z rozmazem i oznaczeniem liczby płytek krwi,
   4) OB,
   5) badanie biochemiczne krwi z uwzględnieniem: poziomu bilirubiny, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, glukozy (na czczo), aktywności aminotransferaz i GGTP, jonogram oraz GGT, poziomu cholesterolu,
   6) wskaźnik protrombinowy,
   7) badanie ogólne moczu wraz z badaniem na obecność narkotyków,
   8) badania serologiczne na obecność antygenu HBs oraz przeciwciał anty HIV i anty HCV oraz w kierunku kiły,
   9) badanie kału na obecność pasożytów przewodu pokarmowego,
   10) Inne badania specjalistyczne i diagnostyczne — jeśli lekarz prowadzący uzna takie badania za niezbędne.

Załącznik Nr 3

Data ....

Pieczęć nagłówkowa
zakładu opieki zdrowotnej

Wzór

Karta badań lekarskich skierowanego/nej do pracy poza granicami państwa i powracającego/ej do kraju po zakończeniu pracy poza granicami państwa

Część A — badania lekarskie przed wyjazdem poza granice państwa

....
(nazwisko i imię oraz imię ojca)

data urodzenia ....

....
(nazwa i siedziba jednostki wojskowej)

....
Data Podpis lekarza

Załącznik Nr 3 (cd.)

Wyniki badań:

Badania laboratoryjne:

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

Badania dodatkowe:

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

Badania specjalistyczne:

1.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

2.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

3.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

4.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

Załącznik Nr 3 (cd.)

5.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

6.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

7.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

8.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

9.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

10.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

Załącznik Nr 3 (cd.)

Data ....

Pieczęć nagłówkowa
zakładu opieki zdrowotnej

Część B — badania lekarskie po powrocie do kraju po zakończeniu pracy poza granicami państwa

. . . .
(nazwisko i imię oraz imię ojca)

data urodzenia . . . .

. . . .
(nazwa i siedziba jednostki wojskowej)

. . . .
Data

. . . .
Podpis lekarza

Wyniki badań:

Badania laboratoryjne:

. . . .
Data badania i podpis lekarza

Badania dodatkowe:

. . . .
Data badania i podpis lekarza

Badania specjalistyczne:

1.

. . . .
Data badania i podpis lekarza

Załącznik Nr 3 (cd.)

2.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

3.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

4.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

5.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

6.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

7.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

Załącznik Nr 3 (cd.)

8.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

9.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

10.

. . . . . .
Data badania i podpis lekarza

Załącznik Nr 4

Kalendarz obowiązujących szczepień profilaktycznych żołnierzy i pracowników skierowanych do służby (pracy) poza granicami państwa przed ich wyjazdem

I. Szczepienia pierwotne:

— **W pierwszym dniu** — jednoczasowo:

1. dur - tężec (TyT) — pierwsza dawka
2. wzw A — pierwsza dawka
3. wzw B — pierwsza dawka
4. wścieklizna — pierwsza dawka
5. KZM — pierwsza dawka (stosownie do zaleceń WHO, Sekretariatu ONZ, Kwatery Głównej NATO)

— **Po tygodniu** od pierwszego szczepienia:

1. wścieklizna — druga dawka

— **Po miesiącu** od pierwszego szczepienia:

1. dur - tężec (TyT) — druga dawka
2. wzw B — druga dawka
3. wścieklizna — trzecia dawka
4. błonica (d) — jednorazowo
5. Polio (IPV) — jednorazowo

Załącznik Nr 4 (cd)

— **Po dwóch miesiącach** od pierwszego szczepienia:

1. szczepionka meningokowa A+C	— jednorazowo	(stosownie do zaleceń WHO, Sekretariatu ONZ, Kwatery Głównej NATO)
2. żółta febra	— jednorazowo	(stosownie do zaleceń WHO, Sekretariatu ONZ, Kwatery Głównej NATO)
3. KZM	— druga dawka	(stosownie do zaleceń WHO, Sekretariatu ONZ, Kwatery Głównej NATO)
4. grypa	— jednorazowo	sezonowo

II. Dawki uzupełniające:

1. Dur (Ty)	— po 6-12 miesiącach od pierwszego szczepienia
2. wzw A	— po 6-12 miesiącach od pierwszego szczepienia
3. wzw B	— po 6 miesiącach od pierwszego szczepienia
4. wścieklizna	— po 12 miesiącach od pierwszego szczepienia
5. KZM	— po 12 miesiącach od pierwszego szczepienia

Przez podanie **jednoczasowe** szczepionki należy rozumieć wykonanie oddzielnych wakcynacji z użyciem osobnych strzykawek i igieł w odległe miejsca ciała. Odstęp czasu między pierwszą a ostatnią dawką szczepionek podawanych jednoczasowo nie może przekraczać 24 godzin. Niedopuszczalne jest mieszanie różnych szczepionek w jednej strzykawce.

III. Modyfikacja schematu szczepień

Modyfikację wyżej przedstawionego schematu szczepień dopuszcza się w następujących przypadkach:

1. Osoba zakwalifikowana do szczepień jest aktualnie uodporniona przeciw określonej chorobie i posiada udokumentowane potwierdzenie wakcynacji.

2. Osoba zakwalifikowana do szczepień dotychczas nie była uodporniana przeciw wzw typu A ani wzw typu B. W takim przypadku można przeprowadzić szczepienie podstawowe szczepionką skojarzoną przeciwko wzw typu A i wzw typu B wg schematu:
   — 1 dawka (uczulająca) w pierwszym dniu,
   — 2 dawka po miesiącu od pierwszego szczepienia,
   — 3 dawka (uzupełniająca) po sześciu miesiącach od pierwszego szczepienia.

3. W innych, szczególnych przypadkach - w zależności od sytuacji epidemiologicznej, warunków służby i poziomu bezpieczeństwa epidemiologicznego w kraju docelowym (rejon operacji, misji) — Pełnomocnik Ministra Obrony Narodowej ds. Resortowej Opieki Zdrowotnej, na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego WP, podejmuje stosowną decyzję co do katalogu szczepień i schematu ich wykonania.

Załącznik Nr 5

WYKAZ
CHORÓB I INNYCH STANÓW BĘDĄCYCH PRZECIWWSKAZANIAMI 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, dychawica oskrzelowa.

4. CHOROBY PRZEWODU POKARMOWEGO

Paradontoza, zwężenie przełyku, kurcz wpustu, ciężkie postacie 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 miąższu wątroby po przebytym 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, pląsawica, schizofrenia, cyklofrenia, psychopatia, charakteropatia.

10. CHOROBY SKÓRY **Załącznik Nr 5 (cd.)**

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, naczyniówki, nerwu wzrokowego, znaczne upośledzenie wzroku, przewlekłe zapalenie brzegów powiek.

12. R Ó Ż 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.

Załącznik nr 6 **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	**ENTRY MEDICAL EXAMINATION**		**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES**

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 mode 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: ☐ M ☐ F

ADDRESS, STREET, TOWN, DISTRICT OF PROVINCE, COUNTRY:	DATE OF BIRTH:
.....	NATIONALITY:

POSITION APPLIED FOR DESCRIBE NATURE OF WORK:	TELEPHONE:	BIRTHPLACE:
.....		

DUTY STATION:	PRESENT MARITAL STATUS:
	Single ☐
	Married ☐ DATE: ..... Divorced ☐ DATE: .....
	Separated ☐ DATE: ..... Widowed ☐ 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 deceazed, 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			

TO BE COMPLETED BY THE OFFICIAL REQUESTING THE MEDICAL EXAMINATION	**TO BE COMPLETED BY THE DIRECTOR OF THE MEDICAL SERVICE**
Name of Official:	Medical Classification: 1b 2a 2b
Department or Unit:	Comments: ..... 1a .....
Date:	Date: Signature:

VERY IMPORTANT: Please indicate the recruiting Agency or Organization:

Each question requires a specific answer (yes, no, date, etc.); to leave a blank or draw a line is not sufficient. If the questionnaire is not fully completed and enquiries are therefore needed, time may be lost.

1. Have you suffered from any of the following diseases or disorders? Check yes or no. If yes, state the year.

	YES Date	NO		YES Date	NO		YES Date	NO		YES Date	NO

Załącznik Nr 6 (cd.)

Frequent sore throats			Heart and blood vessel disease			Urinary disorder			Fainting spells			
Hay fever			Pains in the heart region			Kidney trouble			Epilepsy			
Asthma			Varicose veins			Kidney stones			Diabetes			
Tuberculosis			Frequent indigestion			Back pain			Gonorrhosa			
Pneumonia			Ulcer of stomach or duodenum			Joint problems			Any other sexually transmitted disease			
Pleurisy			Jaundice			Skin disease			Tropical disease			
Repeated bronchitis			Gall stones			Sleeplessness			Amoebic dysentery			
Rheumatic fever			Hernia			Any nervous or manual disorder			Malaria			
High blood pressure			Haemorroids			Frequent headache						

2. Are you being treated for any condition now? ..... Describe: .....

3. Have you ever coughed up blood? .....

4. Have you ever noticed blood in your stools? ..... In your urine? ..... Give details:

.....

5. Have you ever been hospitalized (hospital, clinic, etc.)? .....

Why, where and when? .....

6. Have you ever been absent from work for longer than one month through illness? ..... If so, what and when? .....

And for what illness? .....

7. Have you had any accidents as a result of which you are partially disabled? ..... If so, what and when? .....

Do you have any other disability? .....

8. Have you ever consulted a neurologist, a psychiatrist or psychoanalyst? .....

If so, please give his/her name and address: .....

For what reason? ..... Date of the consultation: .....

9. Are you taking any medicine regularly? ..... If so, which?

.....

10. Have you gained or lost weight during the last three years? ..... If so, how much? .....

11. Have you ever been refused life insurance? ..... If so, state reason: .....

12. Have you ever been refused employment on health grounds? ..... If so, state reason: .....

13. Have you ever received or applied for a pension or compensation for any permanent disability? ..... Degree? .....

Please give details: .....

14. Have you ever stayed in a tropical country? ..... If so, for how long?

.....

15. Have you in the past suffered from any condition which prevented travel by air?

.....

16. Do you consider yourself to be in good health? ..... Do you have full work capacity?

.....

17. Do you smoke regularly? ☐ Yes ☐ No If so, what do you smoke? ☐ Cigarettes ☐ Pipe ☐ Cigars

For how many years have you smoked? ..... How much per day? .....

18. Daily consumption of alcoholic beverages:

.....

19. Has any doctor or dentist advised you to undergo medical or surgical treatment in the foreseeable future? .....

Give details: .....

20. Give any other significant information concerning your health:

.....

.....

21. What is your occupation? ..... Indicate the last three posts you have occupied: .....

.....

22. List any occupational or other hazards to which you have been exposed: .....

23. Have you been rejected for military service for medical reasons? .....

24. FOR WOMEN: Are your periods regular? ☐ Yes ☐ No

Are they painful? ☐ Yes ☐ No

Do you have to stay in bad when they come? ☐ Yes ☐ No

If so, for how long? ..... Date of your last period? .....

Do you take contraceptive pills? ☐ Yes ☐ No If so, for how many years have you been doing so? ..... Have you ever been treated for a gynaecological complaint? ☐ Yes ☐ No

If so, which?

.....

TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN

Załącznik Nr 6 (cd.)

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 pedes : .....

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

RESPIRATORY SYSTEM

Thorax:

Breasts:

DIGESTIVE SYSTEM

Spleen: .....

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

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

NERVOUS SYSTEM

Plantar reflex : .....

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

{- On accommodation: ..... Sensory functions : .....

Patellar reflexes: ..... Muscular tense : .....

Achilles reflexes: ..... Romberg's sign : .....

MENTAL STATE

Appearance: Behaviour:

GENITO-URINARY SYSTEM

Kidneys: Genitals:

SKELETAL SYSTEM

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

Spine : ..... Lover 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.)

Załącznik Nr 6 (cd.)

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 : .....% ..... Differencial 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: .....

Załącznik Nr 7

....., dnia .....20. . . . r.

.....
(pieczęć wkl /zakładu opieki zdrowotnej)

CERTYFIKAT ZDROWIA Nr . . . .
do służby (pracy) poza granicami państwa

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

ur. .....

PESEL ..... GRUPA KRWI .....

legitymujący się wojskowym* dokumentem 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 przypadku leczenia za granicą.

Przewodniczący/kierownik

M.P.

.....

U w a g a : Certyfikat sporządza się w 3 egzemplarzach.

1 egzemplarz doręcza się orzekanemu.

1 egzemplarz przesyła się organowi kierującemu.

1 egzemplarz pozostaje w aktach wojskowej komisji lekarskiej/SPZOZ

*niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 8

.....
(pieczęć wkl /zakładu opieki zdrowotnej)

CERTYFIKAT ZDROWIA Nr . . . .
pracownika powracającego z 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 prowadzącego badania

.....