POLITIET

SERTIFISERING FOR SPESIALTJENESTE
Revidert 23.02.2022 10:11:00

FORTROLIG i utfylt stand

Navn: _____ **Fødselsnr (11 siffer)** _____
Privat adresse: _____ **Tjenestested :** _____.

HELSEUNDERSØKELSE — Politiets spesialtjeneste

EGENERKLÆRING - fylles ut av ansatt/søker :

Attest for opptak til tjeneste ☐ / **vedlikehold** ☐ IP1☐ IP2☐ IP3☐ annet _____

1. Sykdommer i familien (foreldre, søsken, egne barn, onkel, tante):

- Hjerte-/karsykdom Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Luftveier Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Allergi Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Diabetes Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Tuberkulose Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Kreftsykdom Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Annet Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____

2. Egne sykdommer/plager (siste 10 år)

- Hjerte-/karsykdom Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Luftveier Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Allergi Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Diabetes Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Kreftsykdom Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Hudsykdom Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Muskler/Ledd/Rygg Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- **Skader/operasjoner** Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____

- Psykiske plager Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____
- Andre sykd/plager Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, spesifiser:*_____

3. Tobakk/Røyk

- Røyker nå Ja☐ Nei☐ *Evt. hvor mye:* _____
- Tidligere Røyker Ja☐ Nei☐ *Evt. når sluttet:* _____
- Snus/Skrå Ja☐ Nei☐ *Evt. når sluttet:* _____

Navn: _____ **Fødselsnr (11 siffer)** _____
Privat adresse: _____ **Tjenestested :** _____.

4. Alkohol

- Totalavhold ☐ Måtehold ☐ (enheter/uke, 1 enhet= 1 glass vin): _____
- Har du vært til behandling for alkoholmisbruk? Ja☐_ Nei☐

Hvis ja beskriv:_____

5. Rusmidler og prestasjonsfremmende preparater

Har du tidligere prøvd/brukt narkotika (cannabis, amfetamin/kokain, morfin/heroin, ecstasy (MDMA), GHB) e.l.? Ja☐ , (tid/beskrivelse_____) Nei☐

Anabole steroider? Ja☐ , (tid/beskrivelse_____) Nei☐

Andre prestasjonsfremmende preparater: Ja☐ (når?_____) Nei☐

Vanedannende medikamenter (smertestillende, beroligende, sove tabletter)

Ja☐ , (tid/beskrivelse_____) Nei☐

6. Fysisk aktivitet

- Regelmessig trening Ja☐ Nei☐ Beskr._____
- Andre aktiviteter : _____

7. Medisiner

- Faste medisiner Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, hvilke:*_____
- Medisiner ved behov Ja☐ Nei☐ *Hvis ja, hvilke:*_____

8. Naturlige funksjoner

- Matlyst God☐ Redusert☐ *Kommentar:*_____
- Avføring Regelm☐ Hvis nei beskriv:_____
- Vannlating Regelm☐ Hvis nei beskriv:_____
- Nattesøvn Regelm☐ Hvis nei beskriv:_____

9. Sivilstatus

- Enslig ☐ Gift/parforhold ☐
- Barn ☐ antall og alder: _____

Navn: _____ **Fødselsnr (11 siffer)** _____
Privat adresse: _____ **Tjenestested :** _____.

10. Vaksinasjoner

- BCG-vaksinert	Ja ☐		Nei ☐
Siste screening (IGRA/rtg)		Årstall_____	
- Hepatitt A	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐
- Hepatitt B	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐
Kontr. blodpr.:	Ja☐	Årstall_____	Nei ☐
- Tetanus (stivkrampe)	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐
- Difteri	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐
- Polio	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐
- Gulfeber	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐
- Dukoral	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐
- Typhoid vaksine	Ja ☐	Årstall_____	Nei ☐

- Andre vaksiner: _____

Ta med vaksinasjonskort fra Politihøgskolen og Forsvaret (vernepliktsboka), internett (https://helsenorge.no /vaksiner/mine-vaksiner) evt. andre vaksinasjonsoversikter fra skoler og andre institusjoner.

SIGNATUR

Opplysningene ovenfor er fullstendige. Tilbakeholdelse av viktige og relevante helseopplysninger kan føre til at kjennelsen senere kan bli gjort ugyldig.

Jeg er kjent med at de opplysninger jeg har gitt er del av grunnlaget for helsevurderingen.
Jeg samtykker i at sertifiserende lege /BHT kan innhente opplysninger om min helse fra relevante kilder (for eksempel primærlege og andre helseinstitusjoner) for å vurdere medisinsk skikkethet til stillingen.

Alle opplysningene i dette dokumentet oppbevares i.h.t. gjeldende lover og forskrifter (bl.a. Journalforskriften og beskyttelsesinstruksen ved Bedriftshelsetjenesten).

Kun konklusjonen fra undersøkelsen vil bli videreformidlet til opptaksnemnden.

Dato/sted : _____ Søkerens signatur : _____

POLITIET

SERTIFISERING FOR SPESIALTJENESTE
Revidert 23.02.2022 10:11:00

FORTROLIG i utfylt stand

Navn: _____ **Fødselsnr (11 siffer)** _____
Privat adresse: _____ **Tjenestested :** _____.

Fylles ut av lege som skal utstede attesten

LEGEUNDERSØKELSEN - STATUS PRAESENS _____ Dato: _____

BT:_____/_____ **Puls:** ____/min Regl. ☐ Uregl. ☐ Komm_____

Pupiller: Egale ☐ Anisocori ☐ **Lysreaksjon** (dir/indir) Normal ☐ Komm_____

Fauces: Normal ☐ **Avvik:**_____ **Ører:** Normal ☐ _____

Collum : Normal ☐ **Avvik:** (Glandler/Halsvener/Thyr) Komm _____

Thorax: Normal ☐ (utseende/ bevegelighet) Komm_____

Pulm: Normal ☐ **Avvik/kom**_____

Respirasjon:_____pr. min. **Spirometri:**_____ (vedlegges)

Cor : Normal ☐ **Avvik** Bilyd ☐ **EKG:** _____ (vedlegges)

Abdomen: Normal ☐ **Brokk?:** Nei ☐ Ja ☐ Komm :_____

Columna: Normal ☐ **Komm**_____

Hud: Normal ☐ **Komm** (eksem, sår, arr)_____

Ekstremiteter: Bevegelser NF ☐ _____Kraft NF ☐ _____ Sirkulasjon NF ☐_____

Annet(evt. skader) : _____

Nervesystemet **Brilleseddel fra optiker vedlegges ved indikasjon**

Visus:	**Visus avstand høyre**	**Visus avstand venstre**	**Nærsyn høyre**	**Nærsyn venstre**
Fri visus (uten korr)				
Gitt visus (med korr).				
Korreksjon	**SPH**	**CYL**	**AXIS**	**Kommentar**
Høyre				
Venstre .				

Har du hatt synskirurgi? Ja☐ Nei☐ Årstall _____

Operasjonsmetode: PRK/ASA ☐ LASIK ☐ LASEK ☐ FS_LASIK ☐ Annen:_____

Beskrivelse /komm_____

Fargesyn : Norm ☐ Fargesvak ☐ (Vistec ☐ Ishihara ☐) Komm:__ _____

Donders : Norm ☐ Avvik ☐ **Metode** (Vistec ☐ manuell ☐) komm_____

Hørsel : **Audiogram** Norm ☐ Avvik ☐ (**Audiogram skal vedlegges legeerklæringen**)

Komm audio_____

Hjernenerver : Norm ☐ Avvik _____

Balanse : **Romberg** ☐ /utvidet ☐ , Norm ☐ Avvik ☐ Usikker ☐ _____

Koordinering : **Finger-nesetipp** og **finger-finger** (lukkede øyne) , Norm ☐ Avvik ☐ Usikker ☐

Reflekser	høyre	venstre	kommentar
patellar:			
achilles:			
plantar:			

Navn: _____ **Fødselsnr (11 siffer)** _____
Privat adresse: _____ **Tjenestested :** _____.

LABORATORIEPRØVER **Høyde :**_____cm **Vekt :**_____kg **BMI** (kg/m^2) **:**_____

URIN	Protein		Glukose		Blod		Nitrat		Leuko	

Blodanalyse	Resultat	Referanse	N/P	Kommentar
Hb		M 13.4-17.0 g/100 ml K 11.7-15.3 g/100 ml		
Erythrocytter		M 4.25-5,7x10^{12} /L K 3.94-5.15x10^{12} / L		
Leukocytter		3.5-11.0 x 10^{9} /L		
Kreatinin		60-105 umol/l		
Urinsyre		M 230-480 umol/l K 155-400 umol/l		
Urinstoff		M 10-49 år 3,2-8,1 mmol/l K 10-49 år 2,6-6,4 mmol/l		
HbA1c		28-42 mmol/mol		
Kolesterol (total)		3.3-7.8 mmol/l		
HDL-kolesterol		M 0.8-2.1 mmol/l K 1.0-2.7 mmol/l		
Triglyserider		<2.6 mmol/l		
PEth		0,03-0,3 umol/l		
ALAT		M <70 U/l K <45 U/l		
Gamma-GT		M<40: <80 M>40: <115 U/l K<40:<45 K>40 : <75 U/l		
IgE		<120 kU/l		
PSA		0 - 3,5 ug/L1		> 50 år

Billed undersøkelser (Rtg, ultralyd, CT, MR): **Dato(er):**_____
Resultat:_____

Billedundersøkelser gjøres kun ved spesiell indikasjon for å avdekke skader, infeksjoner eller andre forhold som kan ha betydning for tjenesten. Resultater fra tidligere undersøkelser påføres ved behov

Vedlegg ☐ Lab ☐ Brilleseddel ☐ Audiogram ☐ Spirometri ☐ EKG
☐ Annet _____

Dato/sted:_____HPR nr _____

Legens stempel

_____
sign. utførende lege

Utfyllende opplysninger og vurderinger fra legen er gitt i medhold av søkerens bekreftede samtykke over.
*Lege vurderingen skal følge retningslinjer gitt i **veileder for helsekrav til utdanning for innsatspersonell**.*
Ved behov konsulter HMS seksjonen i Politidirektoratet eller bedriftshelsetjenesten ved Oslo Politidistrikt(OPD) (22668000) hvis du trenger nærmere opplysninger. Hensikten med legeerklæringen er å vurdere skikkethet ift. tjenesten slik at vedkommende ikke selv lider overlast eller utsetter kolleger eller tredjepart for fare pga sykdom, skade eller lyte.
***Utførende lege skal kun gjøre undersøkelse, ikke vurdere skikkethet. Det gjøres av OPD legen**. Se felt under.*

Søker tilfredsstiller helsekravene: ja ☐ *nei* ☐

*Evt forbehold:*_____
_____

OPD Legens stempel

*Dato/sted:*_____ *Sign /HPR nr*_____
Sign OPD lege

Navn: _____ **Fødselsnr (11 siffer)** _____
Privat adresse: _____ **Tjenestested :** _____.

Veiledning til leger som skal gi helseattest for søkere ved IP1-3 utdanning og spesialtjeneste.

Søkere til videreutdanning som innsatspersonell trenger en legeattest. Vedkommende er allerede operativ polititjenesteperson(IP4). Det betyr at opptakskrav og helseundersøkelse ved Politihøgskolen (PHS) er bestått (se vedlegg). Her settes en del grunnleggende krav til helse pga. politiyrkets fysiske og psykiske belastninger. Tjeneste som innsatspersonell setter ytterligere krav til den ansatte for å unngå at medisinske tilstander kan sette vedkommende ut av spill i kritiske situasjoner. Dette kan i verste fall utsette både den enkelte, makker og publikum/ oppdrag for fare. **Sertifisering for spesialtjeneste** er ikke det samme som en **arbeidshelseundersøkelse** iht. Arbeidsmiljøloven. Som sertifiserende lege har du en opplysningsplikt overfor både ansatt og oppdragsgiver (Politiet) hvis du oppdager funn som kan gi konsekvenser for tjenesten.. Denne opplysningsplikten må du orientere søkeren om før du begynner undersøkelsen. Søkere til helikoptertjenesten, yrkesdykkere og offshore krever undersøkelse av sertifisert lege (fex dykkerlege, flylege, petroleumslege). Vi viser til Politihøgskolens nettsider for videre informasjon om øvrige krav til søkerne. Alle søkere må ha normal hjerte og lungefunksjon og ikke ha allergi, astma eller irritable luftveier som gjør dem sårbare for gasser eller pepperspray. Det kreves stabilt psyke og ingen nærliggende psykisk sykdom eller avvik som kan være til fare for dem selv eller andre. For nærmere spesifiserte helsekrav henvises til eget grunndokument (Helsekrav ved seleksjon av søkere til FNB).

Veiledning til utfylling:
Egen erklæring (side 1-3) fylles ut av søkeren. Det er viktig at opplysninger om egen helse som kan ha betydning for søknaden (se over) kommer frem. Vi tenker her spesielt på **sykdom/skader siste 5 år / evt etter siste undersøkelse** . Det samme gjelder arvelige forhold i den grad dette er relevant..Søkeren fyller også ut screening skjema for **hjertesykdom (vedlegg).** Aktuelle epikriser og dokumentasjon fra relevant sykdom/skade/operasjon skal vedlegges.

Lege erklæring (side 4-5) fylles ut av søkerens lege. Undersøkende lege skal være spesialist i allmennmedisin eller arbeidsmedisin evt annen aktuell sertifisert spesialist (flylege, dykkerlege, petroleumslege).
Legen skal lese gjennom og kvalitetssikre egenerklæringen før man går videre til den kliniske undersøkelsen. Opplysninger om skader og belastninger må vurderes ift aktuell tjeneste. Sekvele etter skader eller rekonvalesens etter operasjon må ikke ha betydning for tjenesten. Aktiv bruk av rusmidler diskvalifiserer. Normalt alkoholforbruk (0-7 AE/uke) aksepteres. Det er viktig å få frem om fravær av medikasjon under oppdrag kan sette vedkommende ut av spill. For mer informasjon medisinske vurderinger henvises til vår veileder om sertifisering for spesialtjeneste. For alle undersøkelser skal det angis aktuelle funn eller "normal/ patologisk" hvis det er avkrysning for dette. Ved unormale funn skal disse beskrives. Alle søkere skal ha utført **audiometri** og **spirometri samt EKG** ved første gangs undersøkelse. **Ved resertifisering gjøres EKG på indikasjon**. **Hjertescreeningskjema** fra Olympiatoppen skal alltid vedlegges. Det er spesielt viktig hvis de er hjerte/ karsykdom i familien. Suspekte funn bør følges opp med adekvat oppfølging hos kardiolog **Fri visus** skal beskrives som tall (f.eks.1,0). Hvis man benytter Snellens tavle skal avstand angis for eksempel 5/5 , 6/6. Alle avvik utover helt ukompliserte skal dokumenteres med brilleseddel fra optiker. Denne **må inneholde resultat for fri visus**. Hvis synskirurgi (Laser) er benyttet må operasjonsmetode og år angis. Kun PRK, ASA, LASEK og FS LASIK er godkjent. Hvis søker trenger operasjon for å oppfylle helsekravene, bør vedkommende kontakte BHT for veiledning. Reflekser angis med funn : (PAT2+, ACH+, plantar VV (bilateralt nedadvendt)). Skjema merket rødt er obligatorisk ved førstegangsundersøkelse. Audio, spiro, EKG, hjertescreening skal vedlegges.

Enhet	Legeundersøkelse	Avgjørelse helse sertifisering	Kommentar
Delta (BT)	Egen lege / lokal BHT	OPD BHT	Original av alle dok til OPD BHT
Delta / dykkere	Dykkerlege (Siv /Mil)	Dykkerlege (Siv/Mil)	Kopi av alle dok til OPD BHT. Dykkerlege beholder original
DKP / livvakt	Egen lege / lokal BHT	OPD BHT	Kopi av alle dok til OPD BHT
HELI	Flylege	Flylege	Kopi av vedtak til OPD BHT. Flylege beholder original
UEH distrikt	Lokal BHT	Lokal BHT	Lokal BHT beholder original dok. Vedtak sendes lokal koordinator
UEH	Egen lege/BHT	OPD BHT	OPD BHT beholder original dok
Bombe/TTS	Egen lege / OPD BHT	OPD BHT	Kopi av alle dok til OPD BHT