



<b>Navn:</b>	<b>Fødselsnr (11 siffer)</b>
<b>Privat adresse:</b>	<b>Tjenestested :</b>

**HELSEUNDERSØKELSE**

**Politiets spesialtjeneste**

**EGENERKLÆRING - fyller ut av ansatt/søker :**

Attesten gjelder stilling/opptak.  / 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: \_\_\_\_\_
- Sukkersyke                      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: \_\_\_\_\_
- **Sukkersyke**                      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 , når? \_\_\_\_\_ Nei

#### 5. Rusmidler og prestasjonsfremmende preparater

Har du tidligere prøvd/brukt narkotika (cannabis, amfetamin/kokain, morfin/heroin, extacy, GHB) e.l.? Ja  , (tid/beskrivelse \_\_\_\_\_) Nei

Anabole steroider? Ja  , (tid/beskrivelse \_\_\_\_\_) Nei

Andre prestasjonsfremmende preparater: Ja  (når? \_\_\_\_\_) Nei

Vanedannende medikamenter (smertestillende, diazepam, sovetbl. etc.)  
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  Enke/Enkemann   
- Barn  antall og alder: \_\_\_\_\_

**Navn:** \_\_\_\_\_ **Fødselsnr (11 siffer)** \_\_\_\_\_  
**Privat adresse:** \_\_\_\_\_ **Tjenestested :** \_\_\_\_\_

## 10. Vaksinasjoner

- |                            |                             |               |                              |
|----------------------------|-----------------------------|---------------|------------------------------|
| - BCG-vaksinert            | Ja <input type="checkbox"/> |               | Nei <input type="checkbox"/> |
| Siste Pirquet/Mantoux-test |                             | Årstall _____ |                              |
| - Hepatitt A               | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Hepatitt B               | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| Kontr. blodpr.:            | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Tetanus (stivkrampe)     | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Difteri                  | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Polio                    | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Gulfeber                 | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Dukoral                  | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Typhoid vaksine          | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - 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 : \_\_\_\_\_



<b>Navn:</b> _____	<b>Fødselsnr (11 siffer)</b> _____
<b>Privat adresse:</b> _____	<b>Tjenestested :</b> _____

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**

<b>Visus:</b>	Visus avstand høyre	Visus avstand venstre	Nærsyn høyre	Nærsyn venstre
Fri visus (uten korr)				
Gitt visus (med korr).				
<b>Korreksjon</b>	SPH	CYL	AXIS	Komm
Høyre				
Venstre .				

**Har du hatt synskirurgi?** Ja  Nei  Årstall: \_\_\_\_\_

**Operasjonsmetode:** PRK/ASA  LASIK  LASEK  FS\_LASIK  Annen: \_\_\_\_\_

**Beskrivelse /komm** \_\_\_\_\_

**Fargesyn :** Norm  (Vistec  Ishihara  ) **Fargesvak**  **Komm:** \_\_\_\_\_

**Donders :** Norm  (Vistec  manuell  annen  ) **Komm:** \_\_\_\_\_

**Hørsel :** **Audiogram** Norm  Reduksjon  (**Audiogram skal vedlegges legeerklæringen**)

**Komm audio** \_\_\_\_\_

**Hjernenerver :** Norm  avvik \_\_\_\_\_

**Balanse :** Romberg Norm  Avvik  Usikker  \_\_\_\_\_

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

<b>Reflekser</b>	høyre	venstre	kommentar
patellar:			
achilles:			
plantar:			



Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsnr (11 siffer) \_\_\_\_\_  
 Privat adresse: \_\_\_\_\_ Tjenestested : \_\_\_\_\_

**LABORATORIEPRØVER** Høyde : \_\_\_\_\_ cm Vekt : \_\_\_\_\_ kg BMI ( kg/m2) : \_\_\_\_\_

<b>URIN</b>	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 <sup>12</sup> /L K 3.94-5,15x10 <sup>12</sup> / L		
Leukocytter		3.5-11.0 x 10 <sup>9</sup> /L		
Kreatinin		60-105 umol/l		
Urinsyre		M 230-480 umol/l K 155-400 umol/l		
Blodsukker (fast)		4.0-6.0 mmol/l		
Kolesterol (tot)		3.3-7.8 mmol/l		
HDL-kol		M 0.8-2.1 mmol/l K 1.0-2.7 mmol/l		
Triglyserider		<2.6 mmol/l		
CDT		< 2.6%		
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		

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 \_\_\_\_\_

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 tilfredsstillt opptakskravene: ja  nei

Evt forbehold: \_\_\_\_\_

OPD Legens stempel

Dato/sted: \_\_\_\_\_

Sign /HPR nr \_\_\_\_\_

Sign OPD lege

<b>Navn:</b>	<b>Fødselsnr (11 siffer)</b>
<b>Privat adresse:</b>	<b>Tjenestested :</b>

### 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 irriterende 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 grunddokument fra Politidirektoratet (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 **spiometri 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. Suspekke 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 **LASER operasjon** 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 nedadventd)). **Skjema merket rødt er obligatorisk ved førstegangsundersøkelse. Audio, spiro, EKG, hjertescreening skal vedlegges.**

Enhet	Legeundersøkelse	Avgjørelse helse sertifisering	Kommentar
Delta	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
Sjø (distrikt/ OPD)	Egen lege/ BHT/ OPD BHT	Lokal BHT/ OPD BHT	Original dok beholdes hos lokal BHT/ OPD BHT