

Fødselsnr (11 siffer): _____**Navn:** _____ **Tjenestested:** _____**Privat adresse:** _____**HELSEUNDERSØKELSE****Politiets spesialtjeneste****EGENERKLÆRING - fylles ut av ansatt/søker.****Attest gjelder:** opptak ☐ / regodkjenning ☐**Type tjeneste:** IP1 ☐ IP2 ☐ IP3 ☐ Annet: _____**1. Familiehistorikk**

Har du kjente sykdommer eller helseforhold i nær familie (foreldre, søsken eller barn) som forekommer hyppigere i familien, kan være arvelige, eller som kan ha betydning for egen helserisiko?

Eksempler kan være hjerte- og karsykdom, lungesykdom, diabetes, kreftsykdom, allergi og annen immunsykdom, psykisk sykdom, epilepsi, muskelsykdom, bindevevssykdom, tuberkulose eller annen kjent arvelig sykdom/disposisjon.

Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____**2. Har du nåværende eller tidligere sykdommer, skader eller helseplager (siste 10 årene) relatert til områdene nedenfor?**

Oppgi også tidligere utredede eller behandlede forhold, selv om du er symptomfri i dag. Det er ikke nødvendig å oppgi vanlige og forbigående plager som er helt gått over uten behov for behandling, oppfølging, medisiner, tilbakevendende symptomer eller redusert funksjon.

- Hjerte-/karsykdommer: Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____

(f.eks. besvimelse, hjerterytmeforstyrrelse, høyt blodtrykk, brystmerter ved aktivitet)

- Luftveier og allergi: Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____

(f.eks. astma, pustevansker ved trening, alvorlige allergiske reaksjoner)

- Diabetes og stoffskifte: Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____

(f.eks. diabetes, lavt blodsukker, stoffskiftesykdom)

- Nevrologi, syn og hørsel: Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____

(f.eks. epilepsi, kramper, migrene, hodeskade med etterplager, svimmelhet, synsreduksjon, øresus eller hørselstap)

- Mage/tarm, nyrer og hud: Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____

(f.eks. inflammatorisk tarmsykdom, nyresykdom, eksem eller psoriasis)

- Muskel- og skjelettplager: Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____

(f.eks. gjentatte skulderluksasjoner, korsbåndsskade, seneskader, muskelrupturer, belastningsskader eller ryggplager med funksjonstap)

- Psykiske plager Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, spesifiser: _____

(f.eks. angst, depresjon, PTSD, søvnproblemer eller oppfølging hos psykolog/psykiater)

- Kreft eller annen alvorlig sykdom: 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: _____

- Totalavhold ☐ Måtehold ☐ (enheter/uke, 1 enhet= 1 glass vin): _____

- Har du vært til behandling for alkoholmisbruk? Ja ☐ Nei ☐

Hvis ja, beskriv:

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

Anabole steroider? Ja ☐ , (tid/beskrivelse_____)

Andre prestasjonsfremmende preparater: Ja ☐ (når?_____)

Vanedannende medikamenter (smertestillende, beroligende, sove tabletter)

Ja ☐ , (tid/beskrivelse_____)

- Regelmessig trening Ja ☐ Nei ☐ Beskriv: _____

- Andre aktiviteter: _____

- Faste medisiner Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, hvilke: _____

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

- Matlyst God ☐ Redusert ☐ *Kommentar:* _____

- Avføring Regelm ☐ Hvis nei beskriv: _____

- Vannlating Regelm ☐ Hvis nei beskriv: _____

- Nattesøvn Regelm ☐ Hvis nei beskriv: _____

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

Fødselsnr (11 siffer): _____**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), oversikt fra hels norge ([https://helsenorge.no /vaksiner/mine-vaksiner](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: _____



Fødselsnr (11 siffer): _____

LEGEUNDERSØKELSEN - se instruks siste side **Dato:** _____

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

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

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

Thorax: Normal ☐ (utseende/ bevegelse) Komm: _____

Pulm: Normal ☐ **Avvik/Komm:** _____

Respirasjonfrekv: _____ pr. min. **Spirometri:** _____ (vedlegges)

Cor: Normal ☐ **Avvik/Komm:** _____ **EKG:** _____ (vedlegges)

BT: _____ / _____ **Puls:** _____ /min Regl. ☐ Uregl. ☐ Komm: _____

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

Columna: Normal ☐ **Komm:** _____

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

Ekstremiteter: Norm bevegelse ☐ Norm kraft ☐ Norm sirkulasjon ☐

Avvik/Annet (evt. skader): _____

Nervesystemet

Optikeruttalelse 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 ☐ LASEK ☐ FS_LASIK ☐ SMILE ☐ Annen: _____

Beskrivelse av inngrep/resultat: _____

Fargesyn: Norm ☐ Fargesvak ☐ Fargeblind ☐ Komm: _____

Donders: Norm ☐ Avvik ☐ Komm: _____

Hørsel: Norm ☐ Avvik ☐ **Audiogram:** _____ (vedlegges)

Hjernenerver: Norm ☐ Avvik: _____

Skjerpet Rombergs prøve: Norm ☐ Avvik: _____

Finger-nesetipp og finger-finger (lukkede øyne): Norm ☐ Avvik: _____

Reflekser	høyre	venstre	Kommentar
patellar:			
achilles:			
plantar:			



Fødselsnr (11 siffer): _____

LABORATORIEPRØVER Høyde: _____ cm Vekt: _____ kg KMI: _____ kg/m²

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		
Leukocytt		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		
LDL-kolesterol		0-29 år: 1,2-4,3 mmol/L 30-49 år: 1,4-4,7 mmol/L ≥50 år: 2,0-5,3 mmol/L		
PEth		0,03-0,3 umol/l		
ALAT		M <70 U/l K <45 U/l		
IgE		<120 kU/l		
Bly (NB-personell)		K 0-49 år: <0,3 umol/L K ≥50 år: <0,5 umol/L M ≥18 år: <0,5 umol/L		

Bildeundersøkelser (Rtg, UL, 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 ☐ Optikeruttalelse ☐ 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.
Ved behov konsulter HMS seksjonen i Politidirektoratet eller din bedriftshelsetjeneste 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 opptaksnemndens lege.
Se felt under.

Søker tilfredsstillter helsekravene? ja ☐ nei ☐

Evt forbehold: _____

Legens stempel

Dato/sted: _____ Sign / HPR nr: _____

Sign lege opptaksnemnd

Fødselsnr (11 siffer): _____

Informasjon om 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. 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 i tillegg undersøkelse av sertifisert lege (f.eks. 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 Nasjonale Beredskapsressurser).

Veiledning til ansatt/søker:

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 autorisert norsk lege, helst med skulering innen seleksjonsmedisin (f.eks. flylege, sjømannslege, dykkerlege, petroleumslege).

Legen skal lese gjennom og kvalitetssikre egen erklæringen før man går videre til den kliniske undersøkelsen. Opplysninger om skader, sykdomstilstander, operasjoner o.l. må inkludere beskrivelse av avsluttet rekonvalens og eventuelle sekveler. 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 alle undersøkelser skal det angis aktuelle funn eller "normal/ patologisk" hvis det er avkrysning for dette. Ved unormale funn skal disse beskrives. Ved første gangs undersøkelse skal alle søkere gjennomføre audiometri, spirometri og EKG. Ved resertifisering skal EKG kun utføres dersom det foreligger medisinsk indikasjon.

Hjertescreeningskjema fra Olympiatoppen skal alltid vedlegges. Suspekte funn og/eller høy familiær belastning bør følges opp hos kardiolog. **Visus avstand og nærsyn** skal beskrives som tall (f.eks.1,0 eller N5 (40cm)/N14 (100cm)). Avvik utover helt ukompliserte skal dokumenteres med synsvurdering fra optiker. Denne **må inneholde resultat for fri visus**. Ved synskirurgi må operasjonsmetode og år angis. PRK, ASA, LASEK, FS LASIK og SMILE forhåndsgodkjennes. ICL/RLE er i utgangpunktet ikke godkjent. Reflekser angis med funn: (PAT2+, ACH+, plantar VV (bilateralt nedadvendt)). **Punkter i 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	Nemndens lege	Kopi av alle dok til opptaksnemndens lege
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 Oslo	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