

LEGEUNDERSØKELSE AV SJØFORSVARETS DYKKERE OG UNDERVANNSSVØMMERE				LEGESAK	
Etternavn		Fornavn		Fødselsnr.	Personnr.
Grad/nr		Avd/skip/stasjon		Tjenestestilling	
Siste legekjenning		Dato		Evt grunn til nedsatt kjenning	
A. Opplysninger fra den undersøkte ved opptak til dykkerskole. (Besvares i nærvær av san pers)					
Sykdom blant foreldre eller søsken		Tuberkulose (hvem og når)		Sinnslidelse (hvem og når)	
Kjenner De Dem frisk nå		Hvis ikke, angi grunn			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
Tidligere lidelser (Sett kryss ved de lidelser De har hatt)			Lidelsens navn og tidspunkt (Bruk referansebokstavene fra venstre rubrikk)		
<input type="checkbox"/>	a. Astma, høryfeber, eksem	<input type="checkbox"/>	i. Giktskykdommer		
<input type="checkbox"/>	b. Bihulebetennelse, hyppige forkjølelser, halsbetennelser	<input type="checkbox"/>	j. Hjernerystelse, hyppige anfall av hodepine el svimmelhet		
<input type="checkbox"/>	c. Øreplager (utflod, smerter, hørebeksvær)	<input type="checkbox"/>	k. Tendens til besvimelse el krampeanfoll		
<input type="checkbox"/>	d. Øyesykdommer	<input type="checkbox"/>	l. Andre nervesykdommer		
<input type="checkbox"/>	e. Lungesykdommer (spes bronkitter)	<input type="checkbox"/>	m. Sinnslidelser (søvnløshet, nervøsitet, angst)		
<input type="checkbox"/>	f. Hjertesykdommer (evt anfall av hurtig el uregelmessig puls)	<input type="checkbox"/>	n. Sykdommer i urinveiene		
<input type="checkbox"/>	g. Karsykdommer (hæmorrhoider, åreknuter, årebrokk)	<input type="checkbox"/>	o. Gonorrhoe, syfilis, andre kjønnsykdommer		
<input type="checkbox"/>	h. Mage/tarmsykdommer, brokk	<input type="checkbox"/>	p. Større skader (spes i hode, rygg, armer, ben)		
B. Opplysninger fra den undersøkte ved periodisk kontroll. (Besvares i nærvær av san pers)					
Kjenner De Dem frisk nå		Sykmeldt mer enn 3 dager siden siste kontroll		Lidelsens art	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Har De siden siste kontroll merket noen av nedennevnte symptomer under eller etter dykking		Lidelsens varighet og tidspunkt			
		Tidspunkt	Symptomer	Behandling	
<input type="checkbox"/>	I. Øre eller bihuleplager				
<input type="checkbox"/>	II. Oksygen- eller carbon-dioksydforgiftning				
<input type="checkbox"/>	III. Trykkfallsyke				
<input type="checkbox"/>	IV. Hodepine, unormal tretthet, svimmelhet				
<input type="checkbox"/>	V. Beksvær fra luftveiene (kortpustethet, brystsmærter)				
<input type="checkbox"/>	VI. Andre plager				
Antall dykk siden siste kontroll		Største dyp		Type av dykkerutstyr	
Supplerende opplysninger					
Sted og dato					
Ovenstående opplysninger er gitt i nærvær av			Jeg stadfester at opplysningene er riktige og at jeg ikke har lagt skjul på noe		
Sanitetspersonelllets underskrift			Undersøktes underskrift		

2. Legens undersøkelser

Merke: Lungefunksjonsprøvene blir utført når den undersøkte kommer til Dykker- og froskemanskolen, Haakonsværn

Almentilstand		Kroppbygning, hold		Høyde	Vekt
				cm	kg
Synsstyrke, ukorr høyre øye		— venstre		Pupillereaksjon	Fargesans
Hørselstetoskopi, høyre		— venstre		Mørkesyn	
Hørtestlese, svelg, tonsiller		Siste audiogram (dato, resultat)			
Hals		Hals			
Lunger	Stetoscopi		Siste skjeb eller røntgenfoto (dato)		Vitalkapasitet
	mL ATPS		L/min		mL ATPS
FEV		FEV		MVV	PEF
		%		L/min	L/min
Hjerte		Askultasjon		Hvilepuls	BT
Ergometri	Maksimalt O ₂ opptak		Metode		Treningstilstand
	L/min		ml/kg/min		<input type="checkbox"/> Over middels
Maksimal arbeidskapasitet		Målt HR-maks		WC 170	<input type="checkbox"/> Middels
Kp/min		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Kpm/min	<input type="checkbox"/> Under middels
Ursystemet (varicer, varicocele, hæmorrhoider)		Huden			
Abdomen		Genitalia			
Reflekser		Pekefinger — nesetipp-prøven		Romberg	
Sjansesorganene		Rygg			
Urin	Utseende		Protein		Sukker
					Puss
				Blod	
Syken (så detaljert som mulig)					

Opplysninger og kommentarer

Legens stempel

Sted og dato

Legens underskrift