

Na podlagi četrtega odstavka 8. člena Zakona o gasilstvu (Uradni list RS, št. 113/05 – uradno prečiščeno besedilo) izdaja ministrica za zdravje v soglasju z ministrico za obrambo

PRAVILNIK **o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev**

1. člen **(vsebina)**

Ta pravilnik določa merila za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev in pogoje, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi oziroma zasebni zdravniki za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev.

2. člen **(ugotavljanje zdravstvene sposobnosti)**

Ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki imajo dovoljenje za opravljanje dejavnosti družinske medicine, pediatrije ali medicine dela, prometa in športa.

3. člen **(zdravniško spričevalo)**

Zdravstvena sposobnost operativnega gasilca se dokazuje z zdravniškim spričevalom, ki ga izda izbrani osebni zdravnik operativnega gasilca in je kot Priloga 1 sestavni del tega pravilnika.

4. člen **(izjava operativnega gasilca)**

(1) Operativni gasilci pred izdajo zdravniškega spričevala iz prejšnjega člena tega pravilnika izpolnijo Izjavo operativnega gasilca, ki je kot Priloga 2 sestavni del tega pravilnika in jo predložijo izbranemu osebnemu zdravniku.

(2) Izbrani osebni zdravnik operativnega gasilca hrani kopijo izdanega zdravniškega spričevala in kopijo izpolnjene Izjave operativnega gasilca v njegovi zdravstveni dokumentaciji.

5. člen **(zdravstveni pregled)**

(1) Zdravstvene preglede za ugotavljanje zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev, ki opravljajo najzahtevnejša opravila, za katera je potrebna specialnost nosilec izolirnega dihalnega aparata, opravljajo specialisti medicine dela, prometa in športa, ki izpolnjujejo pogoje iz 2. člena tega pravilnika.

(2) Zdravstveni pregled iz prejšnjega odstavka obsega:

- anamnezo,

- klinični pregled,
- spirometrijo,
- laboratorijske preiskave krvi (hemogram, krvni sladkor in ob indikaciji jetrni testi) in urina,
- elektrokardiografijo,
- cikloergometrijo,
- oceno vidnih funkcij (visus, forija, fuzija, barvni, globinski in nočni vid),
- preiskavo sluha s šepetom in po potrebi ADG,
- psihološki pregled.

(3) Zdravstveni pregled opravi operativni gasilec, ki opravlja najzahtevnejša opravila, za katera je potrebna specialnost nosilec izolirnega dihalnega aparata, vsako tretje leto.

(4) Izvajalec medicine dela, prometa in športa po predhodni pisni privolitvi operativnega gasilca, od izbranega osebnega zdravnika operativnega gasilca, pridobi zdravstveno dokumentacijo, ki jo vodi. Po opravljenem pregledu izvajalec medicine dela, prometa in športa izda zdravniško spričevalo, ki je kot Priloga 3 sestavni del tega pravilnika.

6. člen **(obseg zdravstvenega pregleda)**

Ne glede na določbo drugega odstavka prejšnjega člena tega pravilnika se:

- psihološki pregled opravi le ob prvem pregledu in ob indikaciji,
- cikloergometrija opravi ob prvem pregledu, ob prvem pregledu po 45 letu starosti ter nato vsakih pet let ali ob indikaciji.

7. člen **(izvidi že opravljenih preiskav)**

Pri zdravstvenem pregledu iz 5. člena tega pravilnika se upoštevajo vsi rezultati predloženih izvidov preiskav, ki jih je operativni gasilec opravil v zadnjih treh mesecih pred zdravstvenim pregledom po tem pravilniku.

8. člen **(operativni gasilci, ki poklicno opravljajo operativne naloge gasilstva)**

Zdravstveni pregledi za operativne gasilce, ki poklicno opravljajo operativne naloge gasilstva, se opravijo v obsegu in rokih določenih s tem pravilnikom in v obsegu ter na način, ki je določen s predpisom o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev.

PREHODNA IN KONČNI DOLOČBI

9. člen **(pridobitev zdravniškega spričevala)**

Operativni gasilci, ki že imajo najmanj čin »gasilec«, morajo zdravniško spričevalo iz 3. člena tega pravilnika pridobiti v 3 letih od začetka veljavnosti tega pravilnika.

10. člen
(prenehanje veljavnosti)

Z dnem uveljavitve tega pravilnika preneha veljati Pravilnik o ugotavljanju zdravstvene sposobnosti operativnih gasilcev (Uradni list RS, št. 65/07, 80/08, 9/11 in 69/15).

11. člen
(začetek veljavnosti)

Ta pravilnik začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št. 0070-12/2018
Ljubljana, dne 25. januarja 2018
EVA 2018-2711-0003

Milojka Kolar Celarc
ministrica za zdravje

Soglašam!

Andreja Katič
ministrica za obrambo

Priloga 1

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO
gasilca

OSNOVNI PODATKI GASILCA

(Ime in priimek gasilca)

rojen (dan/mesec/leto) ____/____/____, stanujoč : _____

(domači naslov gasilca)

MNENJE

Izbrani osebni zdravnik gasilca: _____

(Ime in priimek izbranega osebnega zdravnika, zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen)

na podlagi pregleda zdravstvene dokumentacije in izpolnjene IZJAVE operativnega gasilca z
dne ____/____/____ ugotavljam, da gasilec (označite ustrezno alinejo):

- JE SPOSOBEN za operativnega gasilca
- NI SPOSOBEN za operativnega gasilca
- JE POGOJNO SPOSOBEN za operativnega gasilca

DRUGI POMEMBNI PODATKI:

Krvna skupina gasilca: _____

Cepljenje proti tetanusu (cepilni status; obkrožite oziroma dopolnite ustrezno alinejo):

- gasilec je bil popolno cepljen (s tremi odmerki cepiva)
- gasilec je prejel zadnji poživitveni odmerek leta _____
- cepilni status ni znan

Kraj in datum (dan/mesec/leto) izdaje zdravniškega spričevala _____; ____/____/____

Žig in podpis zdravnika :

Priloga 2

Prostovoljno gasilsko društvo _____

IZJAVA o zdravstvenem stanju operativnega gasilca

Ime in priimek: _____

Datum rojstva (dan/mesec/leto) __/__/____

Spol: ☐ moški ☐ ženska

Domači naslov: _____

Delo, ki ga opravljate oziroma poklic: _____

Krvna skupina: _____

Cepljenje proti tetanusu (DA/NE; če ste označili DA, zapišite kdaj ste bili cepljeni)

Ali imate oziroma ste kadarkoli imeli (po potrebi pri izpolnjevanju pomaga zdravstveno osebje)		NE	DA	Če ste označili DA, na kratko opišite, za kakšno težavo gre oziroma je šlo
1.	težave z očmi / vidom	☐	☐	
2.	visok krvni tlak	☐	☐	
3.	bolezni srca / žilja ali operacije na srcu	☐	☐	
4.	krčne žile	☐	☐	
5.	astma/bronhitis	☐	☐	
6.	bolezni krvi	☐	☐	
7.	sladkorno bolezen	☐	☐	
8.	bolezni prebavil, jeter	☐	☐	
9.	bolezni kože	☐	☐	
10.	bolezni živčnega sistema	☐	☐	
11.	alergije (tudi alergije na zdravila)	☐	☐	
12.	infekcijske/ nalezljive bolezni	☐	☐	
13.	kilo (dimeljsko, popkovno...)	☐	☐	
14.	zlome / izpahe / poškodbe	☐	☐	
15.	operacije	☐	☐	
16.	epilepsijo ali druge podobne napade	☐	☐	
17.	omotico / omedlevico / izgubo zavesti	☐	☐	
18.	duševne motnje	☐	☐	
19.	motnje ravnotežja	☐	☐	
20.	bolezni ušes (sluh, tinitus) / nosu / grla	☐	☐	
21.	motnje gibanja, težave z gibalni (hrbtenico, sklepi)	☐	☐	
22.	imate kakršnekoli druge zdravstvene težave	☐	☐	

	Dodatna vprašanja	NE	DA	Če ste v točki 3. označili DA; napišite katera zdravila jemljete
1.	Ali kadite?	☐	☐	
2.	Ali pijete alkohol ali uporabljate prenoverlane droge?	☐	☐	
3.	Ali redno jemljete kakršnakoli zdravila, ki vam jih je predpisal zdravnik?	☐	☐	
4.	Ali ste redno športno aktivni?	☐	☐	
5	Ali imate opravljen preventivni zdravstveni pregled delavca (pregled na katerega vas napoti delodajalec)?	☐	☐	

Spodaj podpisani izjavljam, da so vsi podatki, ki sem jih navedel, resnični in popolni. Zavedam se tudi, da moram v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja, ki bi lahko vplivalo na izvajanje mojih nalog, o tem takoj obvestiti poveljnika in se glede nadaljnje zmožnosti po potrebi posvetovati z zdravnikom.

Podpis gasilca : _____

Datum (dan/mesec/leto) ____/____/____

Priloga 3

ZDRAVNIŠKO SPRIČEVALO **operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata**

OSNOVNI PODATKI OPERATIVNEGA GASILCA

(Ime in priimek operativnega gasilca)

rojen (dan/mesec/leto) ____/____/____, **stanujoč** : _____

(domači naslov operativnega gasilca)

dovoljujem vpogled v zdravstveno dokumentacijo, ki jo vodi moj izbrani osebni zdravnik:

(Ime in priimek izbranega osebnega zdravnika in zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen)

Prejšnji pregled operativnega gasilca sem opravil dne: (dan/mesec/leto) ____/____/____

Podpis operativnega gasilca: _____

MNENJE SPECIALISTA MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Na podlagi zdravstvenega pregleda operativnega gasilca in pregleda njegove zdravstvene dokumentacije, ki jo vodi izbrani osebni zdravnik ugotavljam, da zgoraj omenjeni operativni gasilec:

- JE SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata
- NI SPOSOBEN za operativnega gasilca – nosilca izolirnega dihalnega aparata

Naslednji zdravstveni pregled mora operativni gasilec – nosilec izolirnega dihalnega aparata opraviti najkasneje do (dan/mesec/leto): ____/____/____

DRUGI POMEMBNI PODATKI

Krvna skupina gasilca: _____

Cepljenje proti tetanusu (cepilni status; obkrožite oziroma dopolnite ustrezno alinejo):

- gasilec je bil popolno cepljen (s tremi odmerki cepiva)
- gasilec je prejel zadnji poživitveni odmerek leta _____
- cepilni status ni znan

Kraj in datum (dan/mesec/leto) **izdaje zdravniškega spričevala** _____; ____/____/____

Žig in podpis specialista medicine, dela prometa in športa ter zdravstvena organizacija, v kateri je zaposlen: