

وزارة المواصلات
مصلحة الموانئ والنقل البحري
نموذج كشف طبي للعاملين بالبحر



وفقاً للبند 9/1 من الاتفاقية الدولية لمعايير التدريب وإصدار الشهادات والمنوبة للعاملين بالبحر
لسنة 78 وتعديلاتها والبند 1.2 من اتفاقية العمل البحري لسنة 2006

MEDICAL FITNESS EXAMINATIONS OF SEAFARERS

(In accordance with STCW Reg I/9 and MLC Reg. 1.2)

Given Names :		الاسم ثلاثي :	
Family Nam /		اللقب :	
Sex Female انثى <input type="checkbox"/> Mal ذكر <input checked="" type="checkbox"/>	الجنس	Blood group فصيلة الدم	Date of birth (24.06.1993) تاريخ الميلاد
Work address :		Home address :	
عنوان العمل :		عنوان السكن :	
Passport No./Discharge Book No.:		رقم جواز السفر :	
Nationality: LIBYAN		الجنسية : ليبي	
Type of ship (<input type="checkbox"/> container, <input type="checkbox"/> tanker, <input type="checkbox"/> passenger, <input type="checkbox"/> fishing)		نوع السفينة (<input type="checkbox"/> حاويات ، <input type="checkbox"/> ناقلة نفط ، <input type="checkbox"/> ركاب ، <input type="checkbox"/> صيد بحري)	
Trade area (e.g., <input type="checkbox"/> coastal, <input type="checkbox"/> tropical, <input type="checkbox"/> worldwide)		منطقة الابحار (على سبيل المثال <input type="checkbox"/> ساحلية ، <input type="checkbox"/> استوائية ، <input type="checkbox"/> دولية)	

A. EXAMINEE'S PERSONAL DECLARATION

أ. اقرار شخصي من المتقدم للكشف

(Assistance should be offered by medical staff)

(ينبغي أن تقدم المساعدة لتعبئة الاقرار من قبل الكادر الطبي)

Have you ever had any of the following conditions

هل سبق أن كان لديك أي من الحالات التالية

Condition	الحالة	Yes	No	Condition	الحالة	Yes	No
1	مشكلة في العين /الرؤية Eye/vision problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	مشاكل في النوم Sleep problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ارتفاع في ضغط دم High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	هل تدخن ، تتعاطى الخمر أو المخدرات؟ Do you smoke, drink alcohol or take drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	أمراض القلب / الأوعية الدموية Heart/vascular disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	عملية جراحية /العملية Operation/surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	جراحة القلب Heart surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	الصرع /المضبوطات Epilepsy/seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	الدوالي Varicose veins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	دوخة /إغماء Dizziness/fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	الربو /التهاب الشعب الهوائية Asthma/bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23	فقدان الوعي Loss of consciousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	اضطراب في الدم Blood disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	مشاكل نفسية Psychiatric problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	مرض السكري Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25	كآبة Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	مشكلة الغدة الدرقية Thyroid problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	محاولة الانتحار Attempted suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	اضطراب في الجهاز الهضمي Digestive disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27	فقدان الذاكرة Loss of memory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	مشكلة في الكلى Kidney problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	مشكلة التوازن Balance problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	مشاكل جلدية Skin problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29	صداع شديد Severe headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	الحساسية Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	مشاكل الأذن/ الأنف/ الحنجرة Ear/nose/throat problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	الأمراض المعدية /المعدية Infectious/contagious diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31	تقييد الحركة Restricted mobility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	فتق Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	مشاكل الظهر Back or Joint problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	الاضطرابات التناسلية Genital disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	بتر Amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	حالة حمل Pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	كسور /الاضطرابات Fractures/dislocations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

إذا كانت الاجابة عن أي من الاسئلة المذكورة أعلاه بنعم ، يرجى إعطاء التفاصيل.
If any of the above questions were answered “yes”, please give details.

.....

.....

.....

.....

Additional questions		أسئلة إضافية	Yes	No
35	هل سبق إنزالك من السفينة بسبب المرض أو ترحيلك من السفينة؟ Have you ever been signed off as sick or repatriated from a ship?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	هل سبق لك أن أدخلت المستشفى؟ Have you ever been hospitalized?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	هل سبق أن أعلنت غير لائق للعمل بالبحر؟ Have you ever been declared unfit for sea duty?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	هل تم تقييد أو إلغاء شهادتك الصحية في أي وقت مضى؟ Has your medical certificate ever been restricted or revoked?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	هل أنت على علم بأن لديك أي مشاكل صحية أو أي أمراض؟ Are you aware that you have any medical problems, diseases or illnesses?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	هل تشعر بصحة جيدة ولائق صحيا لأداء واجبات العمل المكلف به ؟ Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position/occupation?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	هل لديك حساسية من أي أدوية؟ Are you allergic to any medications?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comments:				

42	هل تأخذ في أي أدوية سواءً بغير وصفة طبية أو بوصفة طبية؟ Are you taking any non-prescription or prescription medications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر الأدوية المتخذة والغرض (الاعراض) والجرعة (الجرعات). If yes, please list the medications taken and the purpose(s) and dosage(s)			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

أشهد بأن اقرارى الشخصى أعلاه هو بيان صحيح إلى حد علمى
I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge.

أنا الموقع أعلاه أفوض الافراج عن كل ما عندي من السجلات الطبية السابقة لدى الاطباء والمؤسسات الصحية والسلطات العامة إلى

الدكتور : ناصر محمد مادي (الطبيب المعتمد)

I hereby authorize the release of all my previous medical records from any health professionals, health institutions and public authorities to Dr. **Naser M. Madi** (the approved medical examiner).

Signature of examinee: _____ Date : / /

Witnessed by:(Signature)_____ Name: (typed or printed)

B. MEDICAL EXAMINATION to be completed by a duly qualified medical practitioner

Pre-sea

Periodic

Other

Sight as per section A-I/9:

	Visual acuity					
	Unaided			Aided		
	Right eye	Left eye	Bino-ocular	Right eye	Left eye	Bino-ocular
Distant						
Near						

	Visual fields	
	Normal	Defective
Right eye		
Left eye		

Color vision as per section A-I/9: Pre-sea Periodic Other

تميز الالوان وفقا للبند الف-9/I

LP&MTA-P3-F6	SF (Medical 1 form)	Page 3 of 6	Date of issue 1 / 9 /2019	Version 1
--------------	---------------------	-------------	---------------------------	-----------

Date of last colour vision test : Date / /

تاريخ اخر اختبار تمييز الوان

Hearing as per section A-I/9:

Pure tone and audio metry (threshold values in dB)

اختبار السمع وفقا للبند الف-9/I

Speech and whisper test (meters)

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz
Right ear						
Left ear						

	Normal	Whisper
Right ear		
Left ear		

Height (cm)	الطول (سم)	Weight kg	الوزن (كج)
Pulse rate / minute	نبض القلب بالدقيقة	Rhythm	
Blood pressure	mm Hg	Diastolic	mm Hg
Systolic			

	Normal	Abnormal		Normal	Abnormal		
Head	الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicose veins	الدوالي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinuses, nose, throat	الجيوب الأنفية والأنف والحنجرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular (inc. pedal pulses)	الأوعية الدموية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouth/teeth	الفم / الأسنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen and viscera	البطن والأحشاء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears (general)	أذان (عامّة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	الفتق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tympanic membrane	العشاء الطبلي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anus (not rectal exam)	الشرج بدون اختبار المستقيم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	عيون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G-U system	نظام ال G-U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmoscopy	تنظير العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upper and lower extremities	اطراف الجسم العليا والسفلى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pupils	بؤبؤ العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine (C/S, T/S and L/S)	العمود الفقري (S / L و S / T ،S / C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye movement	حركة العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic (full brief)	عصبية (موجز الكامل)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungs and chest	الرئتين والصدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breast examination	فحص الثدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	General appearance	المظهر العام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart	القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin	البشرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chest X-ray	<input type="checkbox"/> Not performed	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
	Performed on (day/month/year): / /		
Skull X-ray	<input type="checkbox"/> Not performed	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
	Performed on (day/month/year): / /		
Results			
.....			
.....			
.....			

Other diagnostic tests and results

اختبارات اخرى ونتائجها

Test	الإختبار	Result:	النتيجة :
Urinalysis Glucose		Protein	
Haemoglobin "Hb" * ¹	الهيموغلوبين "Hb" * ¹		g/dl
Sedimentation rate "ESR" * ² * ² "SR"	معدل الترسيب "SR" * ² * ² "ESR"		mm/hr
Hepatitis B & C * ³	التهاب الكبد بي و سي * ³	HB (ab) <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve	HB (ag) <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve
HIV * ⁴	فقدان المناعة (الايدز) * ⁴	<input type="checkbox"/> +ve	<input type="checkbox"/> -ve
Bacteriological stool test * ⁵	اختبار البراز البكتيريولوجي * ⁵	not performed <input type="checkbox"/>	Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/>
Parasitological stool test * ⁶	اختبار البراز الطفيلي * ⁶	not performed <input type="checkbox"/>	Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/>
ECG * ¹ + Echo * ¹			
Medical examiner's comments:		ملاحظات الطبيب:	
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Assessment of fitness for service at sea:

تقييم اللياقة الصحية البدنية للعمل في البحر:

تأسيسا على الاقرار الشخصي للمتقدم للكشف وفحصي الكلينيكي ونتائج اختبار التشخيص المدونة أعلاه ،
 اقر بأن الشخص المتقدم للكشف طبيياً :

On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examination and the diagnostic test results recorded above, I declare the examinee medically:

Fit for look-out duty <input type="checkbox"/>	لائق للمراقبة البصرية <input type="checkbox"/>	Not fit for look-out duty <input type="checkbox"/>	غير لائق للمراقبة البصرية <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

	Deck department	Engine department	Catering department	Other department
Fit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Without restrictions <input type="checkbox"/>	بدون تحديد <input type="checkbox"/>	With restrictions <input type="checkbox"/>	محدد <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--	-------------------------------

*¹ compulsory*¹ الزامي

*² not compulsory

*³ required for all crew from endemic areas

*⁴ compulsory

*⁵ required all food handlers

*⁶ required for all food handlers from tropical climates

*² غير الزامي

*³ مطلوب لجميع أفراد الطاقم من المناطق الموبوءة

*⁴ الزامي

*⁵ مطلوب لجميع متداولي الأغذية

*⁶ مطلوب لجميع متداولي الأغذية من المناخات المدارية

هل الملاح خالي من أي حالات طبية من المرجح أن تتفاقم بسبب العمل في البحر أو تجعل من الملاح غير صالح لمثل هذا العمل أو تعرض للخطر صحة أشخاص آخرين على متن السفينة ؟

Is the Seafarer free from any medical conditions likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other persons on board?

Yes نعم	No لا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Status of vaccination records: <input type="checkbox"/>	Satisfactory <input type="checkbox"/>	to be renewed <input type="checkbox"/>	Details <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	--	----------------------------------

وضح التحديدات (على سبيل المثال وظيفة محددة ، نوع السفينة ، منطقة ابحار)
Describe restrictions (e.g., specific position, type of ship, trade area):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Action taken by medical examiner (e.g., referral): (على سبيل المثال ، إحالة)

Place of examination: مكان الكشف Date of examination : ____ / ____ / ____ تاريخ الكشف

This Certificate is valid two years from its issuance date

هذه الشهادة صالحة لمدة سنتان من تاريخ اصدارها

.....

اعتماد السلطة البحرية

Endorsed by LP&MTA

Dr . Naser M . Madi

اسم الطبيب المعتمد

Name of Medical Practitioner

.....

ختم وتوقيع الطبيب المعتمد

Medical Practitioner's Signature & Stamp

LP&MTA-P3-F6	SF (Medical 1 form)	Page 6 of 6	Date of issue 1 / 9 / 2019	Version 1
--------------	---------------------	-------------	----------------------------	-----------