

**Legeundersøkelse av yrkesdykkere - Medical examination of occupational divers**

Retningslinjer for helseundersøkelse av yrkesdykkere (IK-2708)  
Norwegian guideline for medical examination of occupational divers (IK-2708)

Etternavn/  
Surname

Fornavn/  
Forename(s)

Fødsesnummer/  
Personal code  
number

**ANAMNESE/ MEDICAL HISTORY**

Detaljer ved sykdom siste år/detail of any illness in the last year

Medikamentbruk/ details of any medication

Røykestatus/  
smoking status

Alkoholbruk/  
alcohol consum

Allergier/  
allergies

Høyde/  
Height

cm.

Vekt/Weight

kg.

BMI

Hb/Hgb

**RESPIRASJON/RESPIRATORY SYSTEM**

Undersøkelse av pulm/thorax  
Examination of pulm/thorax

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/if abnormal, please give details:

Dato siste rtg.thorax/date last chest x-ray

Funn rtg.thorax/findings x-ray:

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ if abnormal, please give details:

PEF	Aktuell verdi/ Actual value	Forventet verdi/ predicted value
FEV <sub>1</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FVC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FEV <sub>1</sub> / FVC %	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

### KARFIO-VASKULÆR SYSTEM/CARDIO-VASCULAR SYSTEM

Undersøkelse hjerte/kar inkl. auskultasjon  
Examination of cardio-vascular system

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ if abnormal, please give details:

BT/BP  
mm Hg

Hvilepuls/  
resting puls

Hvile EKG/  
resting ECG

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ if abnormal, please give details:

Perifer sirkulasjon/peripheral circulation

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ if abnormal, please give details:

Varicer/varicose veins

Ja/yes  Nei/no

Hemorider/hemoroids

Ja/yes  Nei/no

---

### ARBEIDSBELASTNING/ EXERCISE TESTING:

Tilfredsstillende testing/ risk assesment satisfactory

Ja/yes

Nei/no

Testmetode/  
type of test used

**SENTRALE NERVESYSTEM/CENTRAL NERVOUS SYSTEM**

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

**PERIFERE NERVESYSTEM/PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM**

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

**MUSKEL-SKJELETT SYSTEM/MUSCULO-SKELETAL SYSTEM**

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

**ØRER/ EARS**

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

**AUDIOMETRI/AUDIOMETRY**

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

**ØYNE - VISUS/EYES - VISION**

Normal

Abnormal

Undersøkelse øyne - visus/ *examination of eyes*

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

Normal fargesyn/ *normal colour vision*

Normal

Abnormal

Hvis nei, spesifiser/ *if no, please give details:*

---

**TENNER/ DENTAL**

Jevnlig undersøkelse av tenner/ *regular dental assessment*

Ja/yes  Nei/no

Dato siste undersøkelse/  
*date last examination*

Hvis nei, spesifiser/ *if no, please give details:*

---

**ABDOMEN/ABDOMINAL EXAMINATION**

Abdominal/genital, inkl. lyske- undersøkelse  
*Abdominal and genito-urinary examination*

Normal

Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

---

**URINSTIX/URINALYSIS**

Protein

Sukker/sugar

Blod/blood

---

**HUD/SKIN**

Undersøkelse/examination

Normal  Abnormal

Hvis abnormale funn, spesifiser/ *if abnormal, please give details:*

---

**HEMATOLOGI/HAEMATOLOGY**

Hb/haemoglobin/  
Hgb

SR/ *sedimentation rate*

**UTFYLLENDE OPPLYSNINGER/ADDITIONAL INFORMATION**

**KONKLUSJON/CONCLUSION:**

Helsemessig skikket til å dykke/*Fit to dive*

Ja/*yes*

Nei/*no*

Undersøkelsesdato/  
*Date of examination*

Navn og adresse til dykkerlege/  
*Name and address of examining doctor*

