ПРИКАЗ

Об утверждении Федеральных авиационных правил "Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации"

Приказ Министерства транспорта Российской Федерации от 22 апреля 2002 г. № 50

Зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 7 мая 2002 г. Регистрационный № 3417

В соответствии со статьей 53 Федерального закона от 19 марта 1997 г. № 60-ФЗ "Воздушный кодекс Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 12, ст. 1383), подпунктами 75 и 96 пункта 8 Положения о Министерстве транспорта Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2000 г. № 1038 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, № 3, ст. 235), а также в целях дальнейшего совершенствования медицинского обеспечения полетов, с учетом международных стандартов и рекомендуемой практики Международной организации гражданской авиации (ИКАО) приказываю:

1. Утвердить прилагаемые Федеральные авиационные правила "Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации".

2. Признать утратившим силу приказ Федеральной авиационной службы России от 17 февраля 1998 г. № 42 "О введении в действие Федеральных авиационных правил "Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации" (признан не нуждающимся в государственной регистрации, письмо Министерства юстиции Российской Федерации от 18 мая 1998 г. № 3263-ПК).

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра А.В. Нерадько.

gost.e-ecolog.ru

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ АВИАЦИОННЫЕ ПРАВИЛА

Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации

(ФАП МО ГА-2002)

Утверждены приказом Минтранса России от 22 апреля 2002 г. № 50

I. Общие положения

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат:

1) кандидаты, поступающие в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников, специалистов по организации воздушного движения;

2) студенты и курсанты высших и средних учебных заведений гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников, специалистов по организации воздушного движения (далее — курсанты);

3) члены летного экипажа: пилоты коммерческой авиации (самолет и вертолет), линейные пилоты авиакомпании (самолет и вертолет), штурманы, бортинженеры, бортмеханики, бортрадисты, летчики-наблюдатели;

4) специалисты, осуществляющие управление движением воздушных судов в воздухе (далее — диспетчер УВД);

5) члены кабинного экипажа: бортоператоры и бортпроводники;

6) пилоты авиации общего назначения: пилоты-любители, пилоты-планеристы, пилоты свободного аэростата, парашютисты, пилоты сверхлегких летательных аппаратов (далее — пилоты АОН).

2. По результатам медицинского освидетельствования выдается медицинское заключение (образец — приложение № 1), являющееся неотъемлемой частью свидетельства авиационного персонала.

3. Соответствие медицинских заключений международным стандартам и рекомендуемой практике Международной организации гражданской авиации (далее — рекомендации ИКАО) и сроки их действия:

1) медицинское заключение курсанта, пилота коммерческой авиации и линейного пилота авиакомпаний (самолет и вертолет), штурмана, бортинженера (бортмеханика) и бортрадиста соответствует медицинскому заключению первого класса рекомендаций ИКАО и действительно по истечении срока, не превышающего 12 месяцев;

2) медицинское заключение летчика-наблюдателя, пилота-любителя (самолет и вертолет), пилота свободного аэростата, пилота сверхлегких летательных аппаратов, пилота-планериста, парашютиста, бортоператора и бортпроводника соответствует медицинскому заключению второго класса рекомендаций ИКАО и действительно по истечении срока, не превышающего 24 месяца;

3) медицинское заключение диспетчера УВД соответствует медицинскому заключению третьего класса рекомендаций ИКАО и действительно по истечении срока, не превышающего 24 месяца.

4. Сроки действия медицинских заключений могут быть сокращены врачебно-летной экспертной комиссией гражданской авиации (далее — ВЛЭК ГА) при наличии медицинских показаний. Обоснование изменения

срока действия медицинского заключения должно быть отражено в медицинском экспертном заключении.

5. Авиационному персоналу, работающему по контракту за рубежом, медицинское заключение выдается на общих основаниях.

6. Медицинское заключение авиационного персонала заполняется и подписывается председателем ВЛЭК ГА, председателем Центральной врачебно-летной экспертной комиссии гражданской авиации (далее — ЦВЛЭК ГА) и заверяется печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

7. Авиационный персонал без медицинского заключения или с истекшим сроком действия медицинского заключения к выполнению профессиональных обязанностей не допускается[1].

8. При изменениях в состоянии здоровья, возникших до истечения срока действия медицинского заключения и препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, обладатели медицинского заключения должны обратиться за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение гражданской авиации или органов здравоохранения. Вопрос о возможности возобновления профессиональных обязанностей по выздоровлении решает врач авиационного предприятия после медицинского осмотра (в случае необходимости) соответствующим врачом-специалистом ВЛЭК ГА. Допуск к полетам осуществляет врач авиационного предприятия.

II. Порядок медицинского освидетельствования

9. Медицинское освидетельствование авиационного персонала для получения или возобновления медицинского заключения проводит ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), сертифицированная в системе сертификации гражданской авиации Российской Федерации и имеющая лицензию на осуществление медицинской деятельности "Экспертиза врачебно-летная":

1) ВЛЭК ГА создается на базе медико-санитарной части (далее — МСЧ) аэропорта (авиационного предприятия) гражданской авиации приказом его руководителя по представлению главного врача МСЧ, на базе которой она организуется, и имеет состав: председатель, врачи-специалисты эксперты (терапевт, невролог, хирург, отоларинголог, офтальмолог), психолог, средний, младший медицинский и технический персонал;

2) оснащение кабинетов врачей-специалистов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) должно соответствовать Перечню медицинской аппаратуры и инструментария ВЛЭК ГА (приложение № 2);

3) ЦВЛЭК ГА (высший орган врачебно-летной экспертизы гражданской авиации) создается распоряжением Министерства транспорта Российской Федерации и имеет состав: председатель, заместитель председателя, главные врачи-специалисты эксперты (терапевт, хирург, невролог, офтальмолог, отоларинголог, психиатр), врачи-специалисты эксперты (терапевт и невролог), врач-методист, психолог, средний, младший медицинский и технический персонал.

Положение о ЦВЛЭК ГА утверждается первым заместителем Министра транспорта Российской Федерации;

4) врачи-специалисты эксперты ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) должны иметь (или в течение года пройти) подготовку по авиационной медицине в

---

[1]В особых случаях (стихийное бедствие, авария и т.п.) срок действия медицинского заключения по решению руководителя Межрегионального территориального управления, территориального управления воздушного транспорта Министерства транспорта Российской Федерации, согласованному с председателем ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), может быть продлен не более чем на один месяц.

высшем государственном образовательном медицинском учебном заведении.

10. Задачи медицинского освидетельствования:

1) определение годности по состоянию здоровья к летной работе, управлению воздушным движением, обучению в учебных заведениях гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников и диспетчеров УВД;

2) выявление ранних форм заболеваний, факторов риска и функциональных отклонений в состоянии здоровья с целью назначения оздоровительных мероприятий.

11. Порядок медицинского освидетельствования:

1) направление на очередное, при восстановлении и поступлении на летную работу медицинское освидетельствование во ВЛЭК ГА летного состава, бортоператоров, бортпроводников и диспетчеров УВД осуществляется работодателем или по личному заявлению;

2) вновь поступающие или восстанавливающиеся на летную работу, работу по УВД, бортоператором, бортпроводником предъявляют во ВЛЭК ГА военный билет и документы о состоянии здоровья (медицинская книжка, амбулаторная карта или выписка из нее) за период перерыва в летной работе и работе по УВД;

3) летный состав и диспетчеры УВД, поступающие на работу в авиационные предприятия из организаций не гражданской авиации, проходят медицинское освидетельствование во ВЛЭК ГА для получения медицинского заключения независимо от наличия у них заключения о годности по состоянию здоровья, полученного в других медицинских учреждениях;

4) решение о необходимости внеочередного медицинского освидетельствования принимает председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) по представлению врача авиационного предприятия (врача-специалиста ВЛЭК ГА);

5) лица, подлежащие медицинскому освидетельствованию, в дни обследования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) освобождаются от любой работы, а накануне им предоставляется день отдыха. Медицинское освидетельствование проводится, как правило, за один день;

6) при тяжелом заболевании (травме) летного состава, бортоператоров, бортпроводников, диспетчеров УВД и курсантов медицинское заключение ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) может быть вынесено заочно по представленным документам лечебного учреждения;

7) при медицинском освидетельствовании летного состава и диспетчеров УВД, направляемых на работу в полярные экспедиции и страны с жарким климатом (со сроком командировки более трех месяцев), летного состава, выполняющего авиационно-химические работы, ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) руководствуется Требованиями к состоянию здоровья, на основании которых определяется годность к летной работе, работе по управлению воздушным движением, работе бортпроводником, бортоператором, пилотом авиации общего назначения и обучению в учебных заведениях гражданской авиации (далее — Требования) (приложение № 3) и Медицинскими противопоказаниями к работе в полярных экспедициях, странах с жарким климатом сроком свыше трех месяцев и авиационно-химическим работам (приложение № 4);

8) медицинское обследование при медицинском освидетельствовании во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) проводится в объеме обследования в целях врачебно-летной экспертизы (приложение № 5);

9) при медицинском освидетельствовании во ВЛЭК ГА медицинское заключение о годности (негодности) выносят врачи-специалисты эксперты: терапевт, невролог, хирург, отоларинголог и офтальмолог, руководствуясь Требованиями и Пояснениями к статьям Требований к состоянию здоровья, на основании которых определяется годность к летной работе, работе по управлению воздушным движением, работе бортпроводником, бортоператором, пилотом авиации общего назначения и обучению в учебных заведениях гражданской авиации (приложение № 6);

10) стационарное медицинское обследование летного состава, бортоператоров, бортпроводников, диспетчеров УВД и курсантов проводится по медицинским показаниям при отрицательной динамике в состоянии здоровья по решению председателя ВЛЭК ГА.

Кроме того, пилоты и штурманы, достигшие 55-летнего возраста, проходят обязательное стационарное медицинское обследование в Центральной клинической больнице гражданской авиации с последующим освидетельствованием в ЦВЛЭК ГА. Очередное стационарное медицинское обследование данной категории летного состава проводится через три года на четвертый;

11) стационарное медицинское обследование проводится, как правило, в срок до 14 дней, временная нетрудоспособность оформляется в установленном порядке;

12) медицинское заключение по результатам стационарного обследования выносит ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА);

13) в работе ВЛЭК ГА принимают участие: врач авиационного предприятия, представитель руководства предприятия (учебного заведения), службы движения, бортпроводников, состав которых проходит медицинское освидетельствование;

14) председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) координирует работу членов комиссии, обеспечивает качество медицинского освидетельствования и обоснованность медицинского заключения.

12. Порядок медицинского освидетельствования кандидатов к обучению в учебных заведениях гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников и диспетчеров УВД:

1) к медицинскому освидетельствованию допускаются лица, годные по состоянию здоровья к строевой службе в Вооруженных Силах Российской Федерации (по специальности диспетчер УВД — индивидуальная оценка);

2) кандидаты представляют во ВЛЭК ГА медицинскую справку по форме 086/у, справки из психоневрологического и наркологического диспансеров по месту жительства, военный билет или удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу;

3) в случае, когда у кандидата к обучению одним из врачей-специалистов ВЛЭК ГА установлено заболевание (дефект), препятствующее обучению, дальнейшее обследование не проводится и выносится медицинское заключение о негодности. В случае обжалования медицинского заключения кандидат может обратиться в ЦВЛЭК ГА. В этом случае ВЛЭК ГА обязана завершить обследование у всех специалистов[1];

4) кандидаты, признанные годными к обучению по состоянию здоровья, подлежат профессионально-психофизиологическому отбору, который проводится через три дня после освидетельствования во ВЛЭК ГА;

---

[1]Документы при направлении в ЦВЛЭК ГА выдаются кандидату на руки под роспись в опечатанном виде.

5) при несогласии с медицинским заключением ЦВЛЭК ГА освидетельствуемый может обжаловать его в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

III. Порядок вынесения медицинских заключений во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)

13. Состояние здоровья летного состава, бортоператоров, бортпроводников, диспетчеров УВД, курсантов, летчиков-наблюдателей, пилотов-любителей, планеристов, пилотов свободных аэростатов, пилотов сверхлегких летательных аппаратов и парашютистов должно соответствовать Требованиям.

14. Требования к состоянию здоровья предъявляются в зависимости от категории авиационного персонала. В соответствии с этим освидетельствуются:

1) по графе I:

кандидаты, поступающие в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД, бортпроводников, и курсанты учебных заведений, обучающиеся этим специальностям (кроме выпускного курса);

2) по графе II:

пилоты коммерческой авиации (самолет и вертолет), линейные пилоты авиакомпании (самолет и вертолет), штурманы, бортинженеры и бортмеханики. Лица, поступающие на работу бортинженером и бортмехаником, курсанты летных учебных заведений (выпускной курс);

3) по графе III:

бортрадисты, бортоператоры, бортпроводники, летчики-наблюдатели, пилоты-любители, пилоты свободных аэростатов, пилоты сверхлегких летательных аппаратов, пилоты-планеристы и парашютисты. Курсанты, обучающиеся по специальности бортпроводник (выпускной курс);

4) по графе IV:

диспетчеры УВД, курсанты выпускного курса учебных заведений по подготовке диспетчеров УВД.

15. Медицинские заключения ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА):

1) годен к обучению на пилота, штурмана, бортинженера, бортпроводника, диспетчера УВД;

2) годен к летной работе пилотом коммерческой авиации (самолет и вертолет), линейным пилотом авиакомпании (самолет и вертолет), штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;

3) годен к работе летчиком-наблюдателем, бортоператором, бортпроводником, диспетчером УВД;

4) годен к полетам: пилотом-любителем, пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого летательного аппарата, пилотом-планеристом;

5) годен к парашютным прыжкам;

6) нуждается в лечении (оздоровлении) с последующим медицинским освидетельствованием;

7) негоден к обучению на пилота, штурмана, бортинженера, бортпроводника, диспетчера УВД;

8) негоден к летной работе пилотом коммерческой авиации, линейным пилотом авиакомпании, штурманом, бортинженером, бортмехаником, бортрадистом;

9) негоден к работе летчиком-наблюдателем, бортоператором, бортпроводником, диспетчером УВД;

10) негоден к полетам: пилотом-любителем, пилотом-планеристом, пилотом свободного аэростата, пилотом сверхлегкого летательного аппарата;

11) негоден к парашютным прыжкам.

16. Годность к обучению на пилота, штурмана, бортинженера и бортпроводника предусматривает годность к учебно-тренировочным парашютным прыжкам.

17. При вынесении медицинского экспертного заключения по статьям Требований, предусматривающим индивидуальную оценку, авиационный персонал может быть признан годным, негодным или нуждающимся в лечении (оздоровлении) с последующим медицинским освидетельствованием во ВЛЭК ГА. При этом учитывается выраженность заболевания, степень компенсации, обратимость патологического процесса, возможность прогрессирования при продолжении летной работы и влияния заболевания на безопасность полетов, индивидуальные психофизиологические особенности и характер выполняемой работы.

18. Оформление медицинского заключения по результатам освидетельствования в медицинских документах строится по следующей схеме:

1) дата вынесения медицинского заключения и наименование ВЛЭК ГА;

2) клинические и функциональные диагнозы в соответствии со статьями Требований;

3) заключение о годности (негодности) по состоянию здоровья к работе по специальности (обучению) с указанием статьи и графы Требований, начиная с ведущей;

4) обоснование медицинского заключения при вынесении решения по статьям, предусматривающим индивидуальную оценку;

5) рекомендации ВЛЭК ГА на межкомиссионный период и группа медицинского динамического наблюдения.

IV. Оформление медицинской документации во ВЛЭК ГА

19. При медицинском освидетельствовании летного состава, диспетчеров УВД и пилотов АОН заполняется медицинская книжка (форма № 25/л), бортпроводников и бортоператоров (форма № 25/б) с фотографией, заверенной печатью ВЛЭК ГА.

20. При медицинском освидетельствовании вновь поступающих на летную работу, работу по УВД, бортпроводником и бортоператором заполняется один экземпляр медицинской карты ВЛЭК ГА с фотографией, заверенной печатью ВЛЭК ГА. Медицинские книжки этим лицам заполняются врачом авиационного предприятия при личном осмотре после зачисления их в соответствующие службы.

21. При медицинском освидетельствовании кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников и диспетчеров УВД, заполняется один экземпляр медицинской карты ВЛЭК ГА с фотографией кандидата, заверенной печатью ВЛЭК ГА.

22. По завершении освидетельствования медицинские карты с данными обследования (ЭКГ, аудиограмма, флюорограмма и др.) кандидатов, признанных годными к обучению, передаются в приемную комиссию, откуда направляются в учебное заведение гражданской авиации. Медицинские карты кандидатов, признанных негодными к обучению, хранятся в архиве ВЛЭК ГА три года.

23. На кандидатов из числа иностранных граждан, признанных ВЛЭК ГА негодными к обучению, составляются два экземпляра медицинской карты, которые направляются в ЦВЛЭК ГА.

24. Медицинские документы лицам, окончившим учебное заведение гражданской авиации, а также летному составу, диспетчерам УВД, бортпроводникам, бортоператорам при переводе в другие авиационные предприятия выдаются на руки в опечатанном виде под роспись.

25. Медицинские книжки хранятся в кабинете врача авиационного предприятия.

26. Ведение неутвержденной медицинской документации (в том числе амбулаторных карт) на летный состав, бортоператоров, бортпроводников, курсантов и диспетчеров УВД не допускается.

27. Перед медицинским освидетельствованием каждый претендент на получение медицинского заключения лично заполняет заявление о медицинском освидетельствовании (приложение № 7).

28. При подготовке летного состава, бортоператоров, бортпроводников, диспетчеров УВД, курсантов и пилотов АОН к врачебно-летной экспертизе, при направлении на стационарное медицинское обследование, консультацию и т.п. врач авиационного предприятия после личного осмотра оформляет в медицинской книжке эпикриз. Освидетельствуемый должен быть ознакомлен с эпикризом под роспись.

29. В эпикризе должны быть отражены следующие данные:

1) наличие или отсутствие жалоб, перенесенные заболевания, в том числе с временной утратой трудоспособности, по какой группе проводилось медицинское динамическое наблюдение;

2) летная нагрузка, виды полетов, продление нормы летного времени, переучивание на новую технику, авиационные происшествия и инциденты;

3) использование очередных отпусков, санаторно-курортное лечение, организованный отдых, регулярность выходных дней и задолженность по отпускам;

4) данные о причинах отстранения от работы на предполетном (предсменном) медицинском осмотре;

5) наблюдение у специалистов и выполнение лечебно-оздоровительных мероприятий и рекомендаций ВЛЭК ГА;

6) данные личного осмотра;

7) диагноз;

8) вывод врача авиационного предприятия (аэропорта) о динамике в состоянии здоровья и об эффективности медицинского динамического наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен) и его рекомендации по продолжению профессиональной деятельности.

30. При направлении на ВЛЭК ГА, стационарное медицинское обследование и консультации врач авиационного предприятия выдает авиационному персоналу на руки под расписку в опечатанном виде медицинские книжки за все годы работы, пленки ЭКГ за последние три года, рентгеновские снимки, данные других исследований и наблюдений.

31. При медицинском обследовании во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) результаты (лабораторные, рентгенологические, ЭКГ, ЭЭГ и другие) вносятся в соответствующие разделы медицинской книжки (медицинской карты ВЛЭК ГА). Консультации врачей-специалистов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) и все записи в медицинскую книжку вносятся в хронологическом порядке.

32. Врачи-специалисты обязаны записывать в медицинскую документацию данные объективного обследования, диагноз и лечебно-оздоровительные рекомендации по своей специальности. Достоверность записи

заверяется личной подписью врача-специалиста ВЛЭК ГА. В документах сокращение слов, кроме общепринятых символов, запрещается.

33. Результаты стационарного медицинского обследования оформляются в виде выписки из истории болезни, которая вклеивается в медицинскую книжку авиационного персонала.

34. Медицинское заключение и определение группы медицинского динамического наблюдения выносится на заседании ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

35. Проведение каждого заседания ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) оформляется в журнале протоколов (приложение № 8), подписывается председателем, всеми членами и заверяется печатью ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА). На кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников и диспетчеров УВД, ведется отдельный журнал протоколов (в журнале делается отметка о наименовании учебного заведения гражданской авиации).

36. После медицинского освидетельствования во ВЛЭК ГА председатель ВЛЭК ГА выдает авиационному персоналу, признанному годным к работе (обучению), медицинское заключение установленной формы.

Медицинские заключения ВЛЭК ГА подлежат утверждению в ЦВЛЭК ГА в случаях, предусмотренных приложением № 9.

37. Авиационному персоналу, признанному негодным к работе (обучению), выдается справка ВЛЭК ГА установленной формы (приложение № 10).

38. Для утверждения медицинского заключения в ЦВЛЭК ГА авиационному персоналу заполняется направление в ЦВЛЭК ГА (приложение № 11), свидетельство о болезни (приложение № 12) в двух экземплярах, которое вместе с медицинской документацией авиационного персонала направляется в ЦВЛЭК ГА в срок не позднее чем через пять дней с момента вынесения медицинского заключения.

39. ЦВЛЭК ГА обязана в течение трех дней после получения медицинской документации вынести окончательное медицинское заключение. При необходимости авиационный персонал может быть вызван на личный осмотр и обследование.

40. В отдельных случаях в разделе “Особые отметки” медицинского заключения председатель ВЛЭК ГА указывает условия действия медицинского заключения или индивидуальные особенности авиационного персонала (например: частоту сердечных сокращений (ЧСС), величину артериального давления (АД) и др.). Эти данные заверяются печатью ВЛЭК ГА.

41. В сложных экспертных случаях медицинская документация направляется на рассмотрение в ЦВЛЭК ГА. Направлять авиационный персонал на консультацию разрешается только по предварительному согласованию с председателем ЦВЛЭК ГА.

42. По результатам медицинского освидетельствования врач авиационного предприятия не позднее чем в пятидневный срок составляет заключительный акт по результатам медицинского освидетельствования летного состава, диспетчеров УВД, бортпроводников, бортоператоров и пилотов АОН (приложение № 13), который утверждается председателем ВЛЭК ГА и направляется руководителю предприятия (начальнику службы).

V. Организация медицинского наблюдения в межкомиссионный период

43. Наблюдение за летным составом, бортоператорами, бортпроводниками, диспетчерами УВД, курсантами и пилотами АОН в межкомиссионный период проводится врачом авиационного предприятия, в учебном

заведении — отрядно-курсовым врачом, врачами-специалистами ВЛЭК ГА или, по рекомендации ВЛЭК ГА, врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений территориальных органов здравоохранения.

44. Лечебно-профилактические, оздоровительные мероприятия, контрольные исследования и назначения летному составу, бортоператорам, бортпроводникам, диспетчерам УВД, курсантам и пилотам АОН осуществляются в индивидуальном порядке в соответствии с рекомендациями ВЛЭК ГА на основании нормативных документов Минздрава России и Минтранса России.

45. Предполетный медицинский осмотр членов экипажей гражданских воздушных судов Российской Федерации и предсменный медицинский осмотр диспетчеров УВД перед заступлением на дежурство проводится в соответствии с Требованиями к состоянию здоровья членов экипажей гражданских воздушных судов Российской Федерации и диспетчеров УВД на предполетном контроле и перед заступлением на дежурство (приложение № 14).

46. Медицинский осмотр у врача авиационного предприятия проводится:

1) пилотов коммерческой авиации, линейных пилотов, штурманов, бортмехаников, бортинженеров и бортрадистов — через шесть месяцев после медицинского освидетельствования и перед очередным освидетельствованием во ВЛЭК ГА, а также по медицинским показаниям;

2) диспетчеров УВД, бортпроводников и бортоператоров — каждые шесть месяцев и перед очередным освидетельствованием во ВЛЭК ГА, а также по медицинским показаниям;

3) пилотов АОН и других специалистов, выполняющих работы на борту воздушного судна, — через 12 месяцев после медицинского освидетельствования и перед очередным освидетельствованием во ВЛЭК ГА.

47. Медицинский осмотр курсантов учебных заведений гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД и бортпроводников проводится отрядно-курсовым врачом каждые шесть месяцев.

48. Профилактические прививки и противоэпидемические мероприятия летному составу, бортоператорам, бортпроводникам, диспетчерам УВД, курсантам и пилотам АОН проводятся в установленном порядке.

49. Лабораторные и функциональные исследования летному составу, бортоператорам, бортпроводникам, диспетчерам УВД, курсантам и пилотам АОН в межкомиссионный период проводятся по назначению врачей-специалистов ВЛЭК ГА или при наличии медицинских показаний; бортпроводникам проводятся исследования, регламентированные нормативными документами Минздрава России для декретированного контингента.

50. Врач авиационного предприятия проводит медицинский осмотр авиационного персонала: после выздоровления от заболевания (травмы), отпуска, отстранения на предполетном (предсменном) медицинском осмотре, авиационных инцидентов, восстановления после перерыва в работе, выпускникам летных учебных заведений.

51. По результатам медицинских осмотров врачом авиационного предприятия могут быть приняты следующие решения:

1) допущен к полетам, работе по УВД, работе бортпроводником и бортоператором;

2) нуждается в предоставлении внеочередного выходного дня (очередного отпуска);

3) нуждается в проведении консультации, лечении (амбулаторном, стационарном, санаторном, реабилитационно-профилактическом).

52. При подготовке летного состава, бортоператоров, бортпроводников, диспетчеров УВД, курсантов и пилотов АОН к очередному медицинскому освидетельствованию врач авиационного предприятия (отрядно-курсовой врач) проводит личный осмотр, оформляет эпикриз за межкомиссионный период, организует (не ранее чем за один месяц до начала медицинского освидетельствования) проведение лабораторных и инструментальных исследований.

Приложение № 1
к ФАП МО ГА-2002

Российская Федерация
Государственная служба гражданской авиации Минтранса России

Серия АА № 0000000

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

О б р а з е ц

группа крови _____
резус фактор _____

Фамилия _____
Имя _____ Отчество_____
Год рождения _____

_____
наименование ВЛЭК ГА (штамп ВЛЭК ГА)

от "___"_____ 200_ г.

Согласно ФАП МО ГА-2002 "Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации"

ПРИЗНАН ГОДНЫМ к _____

Медицинское заключение действительно до "___"_____ 20 __ г.

Председатель ВЛЭК ГА _____
подпись

М.П.

. . . . . .
(линия отреза)

Медицинское заключение Серия АА № 0000000

Выдано:
(Ф.И.О.) (должность)

_____

Дата выдачи: " __"_____ 20 _ г. Роспись в получении:_____

Приложение № 1
к ФАП МО ГА-2002

Оборотная сторона

Периодические медицинские осмотры

Дата медицинского осмотра	Заключение о продлении срока действия медицинского заключения (на латинском языке)	Подпись врача авиационного предприятия Печать

Особые отметки:

Примечание. Размер бланка 11 × 8 см.

Приложение № 2
к ФАП МО ГА-2002

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинской аппаратуры и инструментария ВЛЭК ГА

Для кабинета хирурга:

1. Ростомер;
2. Весы медицинские;
3. Спирометр;
4. Динамометр ручной;
5. Лента сантиметровая;
6. Угломер;
7. Перчатки хирургические;
8. Кушетка медицинская;
9. Негатоскоп;
10. Столик манипуляционный.

Для кабинета терапевта:

1. Сфигмоманометр (тонометр);
2. Стетофонендоскоп;
3. Секундомер;
4. Шпатели металлические или деревянные;
5. Термометры медицинские;
6. Кушетка медицинская.

Для кабинета невропатолога:

1. Сфигмоманометр (тонометр);
2. Стетофонендоскоп;
3. Секундомер;
4. Шпатели металлические;
5. Термометры медицинские;
6. Молоток для неврологических исследований;
7. Динамометр ручной;
8. Кушетка медицинская;
9. Лента сантиметровая.

Для кабинета отоларинголога:

1. Шкаф стеклянный для инструментария;
2. Столик для инструментария;
3. Лампа настольная с гибким штативом;
4. Кресло вращающееся для исследования вестибулярного анализатора;
5. Аудиометр (с бланками);
6. Рефлектор лобный;
7. Шпатели металлические для языка;
8. Воронки ушные;
9. Зеркала носовые;
10. Зеркала гортанные;
11. Зеркала носоглоточные;
12. Баллоны Полицера с оливой;
13. Зонды ушные с нарезкой;
14. Зонды глоточные;
15. Зонды аттиковые;
16. Зонды носовые пуговчатые;
17. Воронка Зигля ушная с оптической системой;
18. Камертоны (набор);
19. Секундомер;
20. Трещотка Барани (заглушитель);
21. Отоскопы;
22. Набор трахеостомический;
23. Шприцы гортанные с изогнутыми наконечниками;
24. Шприцы Жанне;
25. Шприцы медицинские;
26. Шприцы изогнутые для удаления инородных тел;
27. Щипцы ушные Гартмана;
28. Манометры ушные;
29. Пинцеты коленчатые ушные;
30. Пинцеты анатомические;
31. Канюли для промывания аттика;
32. Катетеры металлические;
33. Наборы для задней тампонады носа;
34. Зонды носовые с нарезкой;
35. Корнцанги;
36. Ножницы хирургические с одним острым концом;
37. Иглы для прокола гайморовой пазухи;

38. Порошковдуватели;
39. Банки с притертыми пробками;
40. Ручки для гортанных зеркал;
41. Штангласы с притертыми пробками для пахучих веществ;
42. Лоточки почкообразные;
43. Стерилизатор;
44. Спиртовка;
45. Биксы;
46. Кушетка медицинская.

Для кабинета офтальмолога:

1. Аппарат для освещения таблицы (Ротта);
2. Таблицы Головина-Сивцева;
3. Таблицы Рабкина полихроматические (издание 8, 9);
4. Набор стекол с пробными оправами;
5. Рефрактометр;
6. Линейки скиаскопические;
7. Офтальмоскоп простой (зеркальный) и электрический;
8. Периметр шаровой;
9. Прибор для определения бинокулярного зрения (цветотест ПБИ-1, синоптофер);
10. Прибор для исследования остроты ночного зрения и темновой адаптации;
11. Лампа настольная с гибким штативом;
12. Лампа щелевая;
13. Тонометр Маклакова;
14. Гониоскоп;
15. Шкала Меддокса;
16. Экзофтальмометр;
17. Набор для промывания слезных путей;
18. Кампиметр;
19. Кушетка медицинская.

Для кабинета психолога:

1. Секундомер;
2. Набор бланков (тесты);
3. Аппарат “Абитуриент” (2 шт.) или персональная ЭВМ с набором программ для психологического обследования.

Приложение № 3
к ФАП МО ГА-2002

ТРЕБОВАНИЯ

к состоянию здоровья, на основании которых определяется годность к летной работе, работе по управлению воздушным движением, работе бортпроводником, бортоператором, пилотом авиации общего назначения и обучению в учебных заведениях гражданской авиации

Наименование болезней и физических недостатков	Категории авиационного персонала			
	Кандидаты, поступающие в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров. Курсанты, обучающиеся этим специальностям (кроме выпускного курса)	Пилоты коммерческой авиации (самолет и вертолет), линейные пилоты авиакомпаний (самолет и вертолет), штурманы, бортинженеры, бортмеханики. Вновь поступающие на работу бортинженером, бортмехаником. Курсанты летных училищ (выпускной курс)	Бортрадисты, бортпроводники, бортоператоры, летчики-наблюдатели. Пилоты авиации общего назначения. Курсанты выпускного курса по подготовке бортпроводников	Диспетчеры УВД (руководители полетов). Курсанты выпускного курса по подготовке диспетчеров УВД
Графа	**I**	**II**	**III**	**IV**
А. Психические и нервные болезни:				
1 . Шизофрения, аффективные психозы, паранойя	негодны	негодны	негодны	негодны
2. Психозы инфекционные, интоксикационные, реактивные; реактивные состояния (ипохондрические, депрессивные и др.); неврозы (неврастения, истерия и др.):				
2.1. При наличии нарушений психической деятельности, стойких резидуальных явлений или астенического синдрома после лечения	негодны	негодны	негодны	негодны

Графа	I	II	III	VI
2.2. При полном восстановлении нервно-психической деятельности и легких сосудисто-вегетативных нарушениях	негодны	инд. оценка	годны	годны
3. Лекарственная, алкогольная и другие виды зависимости	негодны	негодны	негодны	негодны
4. Расстройства личности:				
4.1. Психопатия всех форм и другие психические расстройства непсихотического характера	негодны	негодны	негодны	негодны
4.2. Психический инфантилизм, акцентуация личности	негодны	инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка
5. Эпилепсия	негодны	негодны	негодны	негодны
6. Сосудистые поражения головного и спинного мозга:				
6.1. Острые нарушения мозгового кровообращения и их последствия. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность	негодны	негодны	негодны	негодны
6.2. Начальные поражения сосудов головного и спинного мозга	негодны	инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка
7. Органические заболевания центральной нервной системы различной этиологии:				
7.1. Прогрессирующего характера или с нарушением функции	негодны	негодны	негодны	негодны
7.2. Остаточные явления, последствия перенесенного заболевания с достаточной компенсацией нервно-психических функций	негодны	инд. оценка	годны	годны
8. Последствия черепно-мозговой травмы или травмы спинного мозга:				
8.1. При наличии выраженных нарушений нервно-психических функций, судорожного синдрома	негодны	негодны	негодны	негодны
8.2. При наличии незначительно выраженных клинических проявлений	негодны	инд. оценка	годны	годны
9. Заболевания вегетативной нервной системы:				

9.1. Пароксизмальные проявления или кризовое течение заболеваний вегетативной нервной системы, приводящее к угрозе или утрате работоспособности и отклонениям в выполнении профессиональных функций	негодны	негодны	негодны	негодны
9.2. При легких и умеренных эмоционально-вегетативных нарушениях	инд. оценка	годны	годны	годны
10. Заболевания и повреждения периферической нервной системы:				
10.1. Хронические с частыми обострениями, при наличии расстройства движения, чувствительности, трофики и стойкого болевого синдрома	негодны	негодны	негодны	негодны
10.2. Хронические с редкими обострениями или остаточные явления с незначительными нарушениями функций, не препятствующими выполнению профессиональных обязанностей	негодны, на дисп.-инд. оценка	годны	годны	годны
11. Синкопальные состояния (обмороки)	негодны	негодны	инд. оценка	инд. оценка
Б. Внутренние болезни:				
12. Хронические инфекционные и паразитарные болезни:				
12.1. Сопровождающиеся нарушением функции органов, общей астенизацией	негодны	негодны	негодны	негодны
12.2. С незначительным нарушением функции органов, при бессимптомном течении и носительстве	негодны	годны	годны	годны
13. Болезни системы крови:				
13.1. Прогрессирующего течения	негодны	негодны	негодны	негодны
13.2. Доброкачественного течения	негодны	инд. оценка	годны	годны
14. Аллергические состояния различной этиологии:				
14.1. Часто рецидивирующие	негодны	негодны	негодны	негодны
14.2. Не склонные к рецидивам	негодны	годны	годны	годны
15. Ожирение:				
15.1. II степени и выше	негодны	инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка
15.2. I степени	негодны	годны	годны	годны

Графа	I	II	III	VI
16. Болезни эндокринной системы:				
16.1. Выраженные формы	негодны	негодны	негодны	негодны
16.2. Легкие формы	негодны	инд. оценка	годны	годны
17. Туберкулез органов дыхания:				
17.1. Активный или с выраженными остаточными изменениями	негодны	негодны	негодны	негодны
17.2. Излеченный с умеренным или незначительным нарушением функции дыхания	негодны	годны	годны	годны
18. Болезни органов дыхания:				
18.1. Склонные к обострениям или с выраженным нарушением функции дыхания	негодны	негодны	негодны	негодны
18.2. Без нарушения функции дыхания или с незначительным его нарушением без склонности к обострению	негодны	годны	годны	годны
19. Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу:				
19.1. При наличии болевого или астенического синдрома, выраженных нарушениях ритма и проводимости	негодны	негодны	негодны	инд. оценка
19.2. Компенсированные формы	негодны, на дисп.-инд. оценка	инд. оценка	годны	годны
20. Артериальная гипертензия:				
20.1. Стойкое повышение АД	негодны	негодны	негодны	негодны
20.2. Контролируемое повышение АД	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
20.3. Транзиторное повышение АД	негодны	годны	годны	годны
21. Болезни сосудов и мышцы сердца атеросклеротического характера:				
21.1. Ишемическая болезнь сердца	негодны	негодны	негодны	негодны
21.2. Без нарушения коронарного, общего кровообращения и без выраженного расстройства ритма и проводимости	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны

22. Болезни сердца не атеросклеротического происхождения:				
22.1. С признаками активности процесса, при увеличении размеров сердца, выраженных нарушениях ритма и проводимости, снижении функциональной способности, при наличии болевого синдрома	негодны	негодны	негодны	негодны
22.2. Неактивные компенсированные формы	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
23. Болезни желудка и кишечника:				
23.1. С частыми обострениями, умеренным или выраженным нарушением функции пищеварения	негодны	негодны	негодны	негодны
23.2. С редкими обострениями и при незначительном нарушении функции пищеварения	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
24. Болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы:				
24.1. С частыми обострениями, с умеренным и выраженным нарушением функции пищеварения, с угрозой болевого синдрома	негодны	негодны	негодны	негодны
24.2. Без обострения и при достаточно сохранной функции пищеварения	негодны	инд. оценка	годны	годны
25. Болезни почек:				
25.1. Хронические заболевания с нарушением функции и (или) гипертензионным синдромом	негодны	негодны	негодны	негодны
25.2. Стойкая ремиссия или остаточные изменения после обострения без нарушения функции	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
26. Болезни суставов и системные заболевания соединительной ткани:				
26.1. При остром и подостром течениях, признаках вовлечения в процесс внутренних органов, болевом или астеническом синдромах, необходимости приема систематической медикаментозной терапии	негодны	негодны	негодны	негодны
26.2. В стойкой ремиссии, без выраженных нарушений функции органов	негодны	инд. оценка	годны	годны

Графа	I	II	III	VI
В. Хирургические болезни:				
27. Непропорциональное развитие тела, несоответствие физического развития возрасту	негодны, на дисп.-инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
28. Туберкулез и грибковые поражения (актиномикоз и др.) периферических лимфоузлов	негодны	негодны	негодны	негодны
29. Пороки развития, хронические болезни костей, суставов, хрящей, мышц и сухожилий, последствия травм и операций, рубцы после ожогов и отморожений:				
29.1. Часто обостряющиеся, прогрессирующие, сопровождающиеся нарушением функции в значительной степени, болевым синдромом, косметическим дефектом, склонностью к изъязвлению, затрудняющие выполнение профессиональных обязанностей	негодны	негодны	негодны	инд. оценка
29.2. Не прогрессирующие, с незначительным нарушением функции, без болевого синдрома, не затрудняющие выполнение профессиональных обязанностей	негодны, на диспетчеров — инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
30. Опухоли злокачественные:				
30.1. При выявлении опухоли	негодны	негодны	негодны	негодны
30.2. После лечения, при наличии опухоли в анамнезе	негодны	инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка
31. Опухоли доброкачественные:				
31.1. Нарушающие функции органов, затрудняющие движения, ношение одежды, обуви, но не подлежащие оперативному лечению	негодны	негодны	негодны	негодны
31.2. Не нарушающие функцию органов, без болевого синдрома, не мешающие движению, ношению одежды, обуви	инд. оценка	годны	годны	годны
32. Пороки развития, болезни грудной клетки и диафрагмы, последствия травм и операций:				
32.1. Деформирующие грудную клетку, нарушающие функцию ее органов	негодны	негодны	негодны	негодны
32.2. Не деформирующие грудную клетку, без нарушения функции ее органов	негодны, на дисп.-инд. оценка	инд. оценка	годны	годны

33. Пороки развития, болезни пищевода:				
33.1. Нарушающие функцию, подлежащие оперативному лечению	негодны	негодны	негодны	негодны
33.2. Не нарушающие функцию, не прогрессирующие, не требующие лечения	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка	годны	годны
34. Пороки развития, последствия повреждений брюшной стенки и органов брюшной полости, а также операции на них:				
34.1. Нарушающие функцию органов с угрозой болевого синдрома, рубцы со склонностью к изъязвлению	негодны	негодны	негодны	негодны
34.2. Не нарушающие функцию органов	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
35. Заболевания прямой кишки и параректальной клетчатки:				
35.1. Часто обостряющиеся, сопровождающиеся сужением заднепроходного отверстия с нарушением акта дефекации, недостаточностью анального жома, рецидивирующие после оперативного лечения	негодны	негодны	негодны	негодны
35.2. С редкими обострениями, не прогрессирующие, без функциональных нарушений	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
36. Пороки развития, заболевания, последствия заболеваний и повреждения сосудов, а также операций на них:				
36.1. Сопровождающиеся нарушением кровообращения, лимфообращения, трофическими расстройствами, болевым синдромом	негодны	негодны	негодны	негодны
36.2. С компенсацией крово- и лимфообращения, без болевого синдрома	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
37. Пороки развития, последствия повреждений, заболеваний мочеполовых органов и операций на них. Опущение почек. Водянка яичка и семенного канатика. Расширение вен семенного канатика:				
37.1. Сопровождающиеся нарушением функции, с болевым синдромом	негодны	негодны	негодны	негодны

Графа	I	II	III	VI
37.2. Без нарушения функции и без болевого синдрома	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
38. Хронические воспалительные заболевания мочеполовых органов специфической и неспецифической этиологии:				
38.1. Фаза активного воспаления	негодны	негодны	негодны	негодны
38.2. Излеченный туберкулез мочеполовых органов, фаза стойкой ремиссии неспецифического воспаления при отсутствии нарушения функции	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
39. Мочекаменная болезнь:				
39.1. С наличием камней, с повторным камнеобразованием, повторными приступами почечной колики при отсутствии камней	негодны	негодны	негодны	негодны
39.2. После однократного отхождения камня или однократной почечной колики без отхождения камней при отсутствии нарушения функции	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
Г. Кожные и венерические болезни:				
40. Проказа, пузырчатка, лимфома кожи	негодны	негодны	негодны	негодны
41. Псориаз, псориазоподобные состояния, ихтиоз, красный плоский лишай, нейродерматозы (нейродермит, почесуха, крапивница и др.), экзема (различные формы), васкулиты кожи, коллагенозы (склеродермия и др.):				
41.1. Клинически выраженные, распространенные формы	негодны	негодны	негодны	негодны
41.2. Легкие формы с ограниченным распространением	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
42. Венерические болезни и СПИД:				
42.1. СПИД и вирусоносительство	негодны	негодны	негодны	негодны
42.2. Сифилис, хроническая гонорея и другие венерические болезни	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны

Д. Женские болезни и беременность:				
43. Пороки развития, хронические заболевания женской половой сферы, эндометриоз, последствия родов и оперативных вмешательств:				
43.1. С выраженными анатомическими дефектами, частыми обострениями, нарушающие функцию	негодны	негодны	негодны	негодны
43.2. Не нарушающие функцию, без болевого синдрома	негодны	годны	годны	годны
44. Расстройства овариально-менструального цикла	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
45. Беременность и послеродовый период	негодны	негодны	негодны	негодны
Е. Глазные болезни:				
46. Заболевания век и коньюнктивиты:				
46.1. Хронические с частыми обострениями, паралич мышц век	негодны	негодны	негодны	негодны
46.2. Нерезко выраженные, с редкими обострениями	негодны, на дисп., б/инж., б/пров. - инд. оценка	инд. оценка	годны	годны
47. Заболевания слезных органов и слезоотводящих путей:				
47.1. С нарушением слезоотведения	негодны	негодны	негодны	негодны
47.2. Без нарушения слезоотведения	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны
48. Заболевания глазного яблока: воспалительного, сосудистого, дегенеративного характера, после оперативных вмешательств, травмы, новообразования:				
48.1. С нарушением функций	негодны	негодны	негодны	негодны
48.2. С достаточной сохранностью функции органа зрения	негодны, на дисп., б/пров. - инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка
49. Глаукома	негодны	негодны	негодны	негодны
50. Нарушение цветового зрения: дихромазия, аномальная трихромазия:				
50.1. Тип "А"	негодны	негодны	негодны	негодны

Графа	I	II	III	VI
50.2. Тип "B"	негодны, на б/пров. - годны	инд. оценка	годны	инд. оценка
50.3. Тип "C"	негодны, на б/инж., дисп., б/пров. - годны	годны	годны	годны
51. Нарушение двигательного аппарата глаз:				
51.1. Паралитическое и содружественное косоглазие	негодны	негодны	негодны	негодны
51.2. Гетерофории со сниженными фузионными резервами	негодны	инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка
52. Острота зрения:	Годны на пилотов и штурманов 1,0 на каждый глаз без коррекции; на бортинженеров 0,8, на диспетчеров 0,6, на бортпроводников 0,3 на каждый глаз без коррекции, с коррекцией 1,0; курсанты, обучающиеся на пилота и штурмана, — 0,8, бортинженера 0,6 на каждый глаз без коррекции, с коррекцией 1,0, на диспетчера и бортпроводника 0,3 на каждый глаз, с коррекцией 1,0	Пилоты годны 0,6 на каждый глаз, с коррекцией 1,0, инд. оценка 0,5 на худший глаз, с коррекцией 1,0. Штурманы, бортинженеры, бортмеханики годны 0,4 на каждый глаз, с коррекцией 1,0, инд. оценка 0,3 на худший глаз с коррекцией 0,8. Вновь поступающие бортинженеры, бортмеханики годны 0,6 на каждый глаз, с коррекцией 1,0	Бортрадисты годны 0,3 на каждый глаз, с коррекцией 0,8; бортпроводники, бортоператоры, летчики-наблюдатели годны 0,1 на каждый глаз, с коррекцией 0,8; парашютисты 0,5 на каждый глаз, с коррекцией 0,8; вновь поступающие бортрадисты годны 0,5 на каждый глаз, с коррекцией 1,0, пилоты-любители, планеристы, пилоты аэростатов годны 0,5 на каждый глаз, с коррекцией 0,8	Годны 0,1 на каждый глаз, с коррекцией 0,8

53. Рефракция:	Годны: на пилотов при дальнозоркости не выше 1,0 Д, близорукости 0,5 Д, астигматизме +(-) 0,5 Д, анизометропии не выше 1,0 Д. На штурманов, бортинженеров при дальнозоркости и близорукости не выше 1,0 Д, астигматизме +(-) 0,5 Д, анизометропии не выше 1,0 Д. На диспетчеров при дальнозоркости и близорукости не выше 2,0 Д, астигматизме +(-) 1,5 Д, анизометропии не выше 1,0 Д. На бортпроводников при дальнозоркости и близорукости не выше 3,0 Д, астигматизме +(-) 2,0 Д	Годны: при дальнозоркости и близорукости не выше 3,0 Д, астигматизме +(-) 2,0 Д, анизометропии не выше 1,0 Д	Годны: бортрадисты, парашютисты, планеристы, пилоты-любители, пилоты аэростатов при дальнозоркости и близорукости не выше 3,0 Д, астигматизме +(-) 2,0 Д, остальные при дальнозоркости не выше 4,0 Д и близорукости 5,0 Д, астигматизме +(-) 2,5 Д	Годны: при дальнозоркости в 4,0 Д, близорукости 5,0 Д, астигматизме +(-) 2,5 Д
54. Нарушение аккомодации: - пресбиопия в ст. свыше 4,0 Д	негодны	негодны	инд. оценка	инд. оценка
Ж. Болезни уха, горла, носа, полости рта и челюстей				
55. Хронические заболевания придаточных пазух носа:				
55.1. Гнойные синуситы с полипозом или дистрофией слизистой	негодны	негодны	негодны	негодны
55.2. Хронические синуситы (катаральные, серозные, вазомоторные, аллергические, кисты гайморовых пазух)	негодны	инд. оценка	инд. оценка	годны

Графа	I	II	III	VI
56. Стойкие изменения полости носа и его придаточных пазух, полости рта, глотки, гортани, трахеи или уха после повреждений, заболеваний и оперативных вмешательств:				
56.1. Нарушающие функцию лор-органов и затрудняющие использование спецоборудования	негодны	негодны	негодны	негодны
56.2. Незначительно нарушающие функцию лор-органов и не затрудняющие использование спецоборудования	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка	годны
57. Хронический тонзиллит:				
57.1. Декомпенсированная форма	негодны	негодны	негодны	негодны
57.2. Компенсированная форма	негодны, на дисп. - инд. оценка	годны	годны	годны
58. Волчанка, туберкулез, склерома, злокачественные опухоли лор-органов в любой стадии развития	негодны	негодны	негодны	негодны
59. Дефекты речи:				
59.1. Резко выраженные: заикание, косноязычие, делающие речь малопонятной	негодны	негодны	негодны	негодны
59.2. Легко выраженные, не влияющие на разборчивость речи	негодны	инд. оценка	инд. оценка	инд. оценка
60. Хронические болезни среднего уха:				
60.1. Хронический гнойный эпитимпанит, хронический гнойный двухсторонний мезотимпанит, односторонний и сопровождающийся полипами, грануляциями, кариесом стенок барабанной полости или выраженными признаками дистрофии слизистой оболочки верхних дыхательных путей	негодны	негодны	негодны	негодны
60.2. Стойкие остаточные явления перенесенного воспаления среднего уха (сухая перфорация барабанной перепонки), а также хроническое воспаление среднего уха	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка, вновь поступающие негодны	инд. оценка, вновь поступающие негодны	годны
61. Нарушение барофункции хотя бы одного уха или придаточных пазух носа; повышенная чувствительность к перепадам атмосферного давления:				

61.1. Стойко и резко выраженное	негодны, на дисп. - инд. оценка	негодны	негодны	годны
61.2. Нерезко выраженное	негодны, на дисп. - инд. оценка	инд. оценка, вновь поступающие негодны	инд. оценка, вновь поступающие негодны	годны
62. Вестибулярные нарушения	негодны, на дисп. - инд. оценка	негодны	негодны	негодны
63. Понижение остроты слуха:				
63.1. Стойкая полная глухота на одно ухо; понижение слуха на оба уха при повышении порогов слуха в области восприятия речевых частот (500, 1000, 2000 Гц) от 20 до 30 дБ, на частоте 4000 Гц до 65 дБ и при восприятии шепотной речи на расстоянии до 2 м	негодны	негодны	негодны	негодны
63.2. Стойкое понижение слуха на оба уха при повышении порогов слуха в области восприятия речевых частот (500, 1000, 2000 Гц) от 10 до 20 дБ, на частоте 4000 Гц до 65 дБ и восприятии шепотной речи на расстоянии до 3 м и выше; стойкое понижение слуха на одно ухо при повышении порогов слуха в области восприятия речевых частот (500, 1000, 2000 Гц) от 20 до 30 дБ, на частоте 4000 Гц до 65 дБ, при восприятии шепотной речи на расстоянии до 2 м и при повышении порогов слуха в области речевых частот (500, 1000, 2000 Гц) до 10 дБ, на частоте 4000 Гц до 50 дБ и восприятии шепотной речи на расстоянии до 5 м на другое ухо	негодны	инд. оценка, вновь поступающие негодны	инд. оценка, вновь поступающие негодны	инд. оценка

Приложение № 4
к ФАП МО ГА-2002

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
к работе в полярных экспедициях, странах с жарким климатом сроком свыше трех месяцев и авиационно-химическим работам

1. Авиационный персонал, направляемый на работу в полярные экспедиции, страны с жарким климатом на срок свыше трех месяцев, подлежит внеочередному медицинскому освидетельствованию во ВЛЭК ГА.

Статьи Требований, предусматривающие негодность:

1. Для работы в полярных экспедициях:

2.2, 4.2, 6.2, 10.2, 11, 12.2, 13.2, 14.2, 16.2, 17.2, 18.2, 25.2, 30.2, 34.2, 35.2, 36.2, 37.2, 38.2, 39.2, 41.2, 43.2, 44, 46.2, 47.2, 48.2, 52 (не ниже 0,6, с коррекцией 1,0), 55.2, 56.2, 57.2, 60.2.

2. Для работы в странах с жарким климатом:

2.2, 4.2, 6.2, 9.2, 11, 12.2, 13.2, 14.2, 16.2, 30.2, 31.2, 34.2, 37.2, 38.2, 39.2, 41.2, 43.2, 44, 55.2, 56.2, 60.2.

3. Для авиационно-технических работ (с применением ядохимикатов):

2.2, 9.2, 11, 12.2, 13.2, 14.2, 16.2, 23.2, 24.2, 25.2, 30.2, 31.2, 38.2, 39.2, 41.2, 43.2, 44, 46.2, 47.2, 48.2, 55.2, 63.2.

Примечание: по статьям Требований, предусматривающим негодность к работе с ядохимикатами, ВЛЭК ГА имеет право допускать авиационный персонал к работе с минеральными удобрениями и биопрепаратами.

Приложение № 5
к ФАП МО ГА-2002

ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ
в целях врачебно-летной экспертизы

1. Терапевтическое обследование:

полость рта, зев, кожные покровы, видимые слизистые, лимфатические узлы и щитовидная железа, соответствие общего вида возрасту;

органы дыхания, кровообращения (определение функциональной способности), пищеварения и мочевыделения.

2. Хирургическое обследование:

антропометрия (рост, масса тела, окружность груди, спирометрия, динамометрия кистей);

общий осмотр (телосложение, развитие мускулатуры и подкожно-жирового слоя, осанка, походка);

состояние кожи, лимфатических узлов, щитовидной железы, молочных желез, периферических сосудов, костей, суставов, органов брюшной полости, наружных половых органов, области заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы с 30 лет.

3. Неврологическое обследование:

внешний осмотр (кожные рубцы, атрофия, фибриллярные и фасцикулярные подергивания);

черепно-мозговые нервы;

двигательная, рефлекторная, чувствительная сферы, статика и координация;

вегетативно-нервная система (дермографизм, акроцианоз, гипергидроз, тремор, ортоклиностатическая проба);

эмоционально-психическая сфера.

4. Осмотр дерматовенеролога (проводится при освидетельствовании лиц, поступающих в учебные заведения гражданской авиации по подготовке бортпроводников).

5. Осмотр гинеколога.

6. Обследование лор-органов:

внешний осмотр;

внутренний осмотр (эндоскопия), передняя и задняя риноскопия, отоскопия, фарингоскопия, ларингоскопия, определение носового дыхания и обоняния;

акуметрия (шепотной речью);

барофункция уха;

исследование статокинетической устойчивости (вестибулометрия) проводится методом непрерывной кумуляции ускорений Кориолиса (НКУК) в течение 3 мин. или методом прерывистой кумуляции ускорений Кориолиса (ПКУК) в течение 2 мин.: кандидатам, поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров, бортпроводников; летному составу и бортпроводникам;

тональная аудиометрия (проводится кандидатам, поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров, бортпроводников; лицам из числа наземного состава, переучивающимся на бортмехаников, бортрадистов и бортпроводников; курсантам учебных заведений гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров перед выпуском из училища; лицам летного состава через каждые 5 лет летной работы, по достижении возраста 40 лет — 1 раз в 2 года, а при установлении заболевания органа слуха — ежегодно).

7. Стоматологическое обследование:

состояние зубов, слизистой оболочки полости рта, десен;

прикус, зубная формула, наличие коронок, мостов и протезов.

8. Исследование органа зрения:

острота зрения;

цветовое зрение;

бинокулярное зрение;

ночное зрение и темновая адаптация;

ближайшая точка конвергенции;

ближайшая точка ясного зрения;

анатомическое состояние органа зрения;

рефракция субъективным и объективным методом исследования (скиоскопия или рефрактометрия);

внутриглазное давление (измеряется летному составу по достижении 35-летнего возраста 1 раз в 2 года, остальным освидетельствуемым — по достижении 40-летнего возраста 1 раз в 3 года, по достижении 50-летнего возраста — ежегодно).

9. Психологическое обследование проводится:

кандидатам для обучения по специальности пилот, штурман, бортинженер, диспетчер УВД, признанным годными к обучению по состоянию здоровья;

летному составу и диспетчерам УВД в возрасте 50 лет, с 55 лет каждые 2 года;

летному составу при переучивании на новую технику;

при выдвижении на должности командира воздушного судна, пилота-инструктора, диспетчера-инструктора, старшего диспетчера, руководителя полетов;

при направлении в полярные экспедиции и страны с жарким климатом;

диспетчерскому составу при повышении квалификационной отметки и получении допуска к УВД с большей сложностью работы;

при стационарном обследовании;

по медицинским показаниям.

Исследование психофизиологических функций проводится не ранее чем через 3 дня после введения препаратов, расширяющих зрачок.

10. Лабораторные исследования:

10.1. Клинический анализ крови.

10.2. Клинический анализ мочи (в том числе реакции на билирубин, уробилиновые тела, ацетон).

10.3. Сахар крови, натощак.

10.4. Биохимические исследования крови на билирубин и его фракции, ферменты АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ проводятся летному составу, выполняющему АХР с ядохимикатами.

10.5. Цитологическое исследование мазков проводится женщинам с 17 лет ежегодно.

10.6. Исследование крови на сифилис (экспресс-методом с забором крови из пальца), ВИЧ-инфекцию проводится поступающим на работу (учебу) бортпроводником, дальнейшая кратность исследований определяется территориальными органами здравоохранения.

10.7. При поступлении на работу (учебу) бортпроводникам проводится обследование кала на яйца глистов и дизентерийную группу, дальнейшая кратность определяется территориальными органами здравоохранения.

10.8. Прочие лабораторные исследования проводятся по медицинским показаниям.

11. Рентгенологические исследования:

11.1. Рентгеноскопия (крупнокадровая флюорография) органов грудной клетки:

поступающим в учебные заведения гражданской авиации;

летному составу, диспетчерам УВД, курсантам учебных заведений по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров — 1 раз в 2 года;

бортпроводникам и обучающимся на бортпроводника — ежегодно.

Примечание. Территориальными органами здравоохранения частота рентгенологических исследований может быть увеличена по эпидпоказаниям.

11.2. Рентгенография (крупнокадровая флюорография) придаточных пазух носа проводится кандидатам, поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников.

12. Электроэнцефалография проводится кандидатам, поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД, курсантам ежегодно.

13. Электрокардиография в покое (12 отведений по Вильсону) проводится:

поступающим в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров УВД, бортпроводников;

курсантам учебных заведений гражданской авиации — 1 раз в год;

летному составу — 1 раз в год, а по достижении 40-летнего возраста — 1 раз в 6 месяцев;

диспетчерам УВД, бортпроводникам, бортоператорам, бортрадистам — 1 раз в год.

14. Функциональные нагрузочные пробы:

14.1. Велоэргометрическое исследование проводится:

пилотам, штурманам, бортинженерам (бортмеханикам) при достижении возраста 40 лет и далее через каждые 3 года; в возрасте 50 лет и старше — ежегодно;

пилотам-испытателям — при ежегодном медицинском освидетельствовании;

летному составу, диспетчерам УВД, направляемым в полярные экспедиции и страны с жарким климатом;

по медицинским показаниям: изменение ЭКГ в динамике, нарушения ритма и проводимости сердца, признаки кардиомиопатии, пролапс митрального клапана, комбинированные пороки сердца, артериальная гипертензия, нарушения липидного и углеводного обмена и др. факторы риска.

14.2. Барокамерное исследование на переносимость умеренной степени гипоксии (гипоксическая проба) проводится пилотам-испытателям по медицинским показаниям.

15. Летному составу дополнительно проводится при достижении возраста 40 лет и далее через каждые 3 года:

биохимические исследования крови: общий белок и белковые фракции; холестерин, альфа-холестерин, триглицериды; С-реактивный белок; билирубин и его фракции; ферменты — АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, ЛДГ;

эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) или рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки;

ультразвуковые исследования внутренних органов (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки, почек);

ректороманоскопия.

16. Прочие исследования проводятся при наличии медицинских показаний.

Приложение № 6
к ФАП МО ГА-2002

ПОЯСНЕНИЯ

к статьям Требований к состоянию здоровья, на основании которых определяется годность к летной работе, работе по управлению воздушным движением, работе бортпроводником, бортоператором, пилотом авиации общего назначения и обучению в учебных заведениях гражданской авиации

Требования разработаны с учетом характера заболеваний, особенностей течения, степени функциональных нарушений и влияния заболеваний на профессиональную работоспособность. Требования дают основу для вынесения медицинского заключения о степени годности авиационного персонала к работе (обучению) и учитывают возможность применения в каждом конкретном случае принципа индивидуального подхода.

Психические и нервные болезни

Наблюдение за психическим состоянием лиц летного, диспетчерского, курсантского состава и бортпроводников осуществляется авиационным врачом авиапредприятия (отрядно-курсовыми), психологами и невропатологами ВЛЭК ГА.

При выявлении психических нарушений, подозрении на психическое заболевание данные лица отстраняются от полетов (дежурств, занятий) и направляются на консультацию к психиатру.

При наличии показаний авиационные специалисты направляются психиатром на специализированное психиатрическое обследование и лечение с последующим освидетельствованием.

Статья 1. Медицинское заключение при шизофрении, паранойи, аффективных психозах (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия и др.) выносится только после стационарного обследования в специализированном учреждении. Лица с данными заболеваниями восстановлению не подлежат независимо от течения, формы, срока заболевания, длительности ремиссии и снятия с диспансерного учета.

Статья 2. Статья объединяет группу инфекционных, интоксикационных психозов (за исключением алкогольных), а также функциональных реактивных психозов, неврозов (неврастения, психастения, невроз навязчивых состояний), возникающих в ответ на психотравмирующую ситуацию (семейно-бытовую, производственную и др.) или острую психогенную травму; суицидальные попытки.

Лица, перенесшие острые психозы, неврозы, признаются негодными к работе по пункту 2.1. Вопрос о восстановлении на работу может быть рассмотрен не ранее чем через 2 года после стационарного обследования в специализированном учреждении. Длительная компенсация нервно-психической деятельности может служить основанием для рассмотрения вопроса о восстановлении на работу по специальности с учетом характера психического состояния в период психоза (невроза), его особенностей, структуры, глубины и течения.

Суицидальные попытки относятся к пункту 2.1. При проведении обследования и изучении обстоятельств, послуживших причиной суицидальной попытки, врач обязан опросить очевидцев, уточнить личный и семейный анамнез, повод и мотивы аутоагрессивных действий. Консультация психиатра обязательна. Лица с суицидальной попыткой в анамнезе восстановлению не подлежат.

Пункт 2.2 применяется при астеническом состоянии или неврастеническом синдроме, ситуационно обусловленном. Повторное освидетельствование проводится через 4—6 месяцев при положительных результатах наблюдения, клинического и психологического обследования и хорошей переносимости нагрузочных проб.

Лица, перенесшие кратковременные психические соматогеннообусловленные расстройства, после выздоровления от основного заболевания и при полной компенсации нервно-психических функций без применения поддерживающей терапии могут быть признаны годными к летной работе (работе по УВД) по пункту 2.2.

Статья 3. Лица с подозрением на алкоголизм, перенесшие острый (подострый) алкогольный психоз (алкогольный делирий, параноид, галлюциноз, бред ревности и др.), подлежат консультации у нарколога. При бытовом пьянстве статья не применяется, а вопрос о возможности использования на работе решается командованием.

Лекарственная зависимость или злоупотребление лекарствами означает их употребление не по медицинским показаниям. Эти состояния являются абсолютным противопоказанием к работе и обучению.

Лица с лекарственной зависимостью (токсикоманией) и наркоманией в анамнезе восстановлению не подлежат независимо от срока отстранения от работы.

При получении сведений о немедицинском потреблении авиационным персоналом наркотических или лекарственных, летучих химических и других одурманивающих веществ врач составляет акт с описанием состояния наркотического опьянения, факта и мотивов употребления наркотических веществ и других обстоятельств. Авиационный персонал в сопровождении медицинского работника должен быть направлен на консультацию к наркологу для уточнения диагноза.

Статья 4. Статья включает социопатические расстройства личности от психопатии до дисгармонического психического инфантилизма, акцентуации личности.

Несоблюдение правил поведения, установленных обществом (постоянные конфликты, алкоголизация, правонарушения и пр.), которые выявляются из семейного и личного анамнеза, являются главными признаками социопатических расстройств.

Диагноз и медицинское заключение выносится после стационарного обследования в психиатрическом учреждении.

К п. 4.1 относятся психопатия (независимо от формы и выраженности) и расстройства личности непсихотического характера (паранойяльного, аффективного, шизоидного, возбудимого и др. типов).

Пункт 4.2 применяется к лицам, обнаруживающим психический инфантилизм, акцентуацию характера, профессионально неблагоприятные психологические отклонения личности.

Отдельные, не выраженные признаки инфантилизма, акцентуации личности при хорошей социальной и профессиональной компенсации нервно-психической деятельности не являются основанием для отрицательного экспертного заключения.

Появление неадекватных поведенческих реакций, ранее не отмечаемых у авиационного персонала, является основанием для консультации психолога и психиатра. При отсутствии диагноза статья не применяется. При выявлении психологом отклонений в индивидуально-психологических особенностях личности проводится стационарное обследование в неврологическом стационаре. По показаниям назначается консультация психиатра.

При сочетании стойких, выраженных личностных отклонений с отрицательными данными медицинского наблюдения выносится заключение о негодности.

При незначительных отклонениях заключение о годности выносится с учетом профессиональных качеств: стажа, опыта работы, качества выполняемой работы и т.п.

Статья 5. Статья включает эпилепсию с любыми формами клинического проявления, в том числе с однократным припадком.

Лица с подозрением на эпилепсию направляются на стационарное обследование в неврологическое отделение. При направлении необходимо составить акт с описанием особенностей припадка за подписью очевидцев, заверенный медицинским работником. Диагноз выносится после полного неврологического обследования, ЭЭГ и консультации психиатра. Эпилептоидная активность на ЭЭГ подтверждает диагноз эпилепсии, а ее отсутствие не исключает диагноза.

К статье относятся однократные эпилептиформные припадки неуточненной этиологии. При симптоматической эпилепсии медицинская оценка зависит от основного заболевания. При обследовании необходимо исключить: объемный процесс головного мозга, сосудистые нарушения, экзогенные интоксикации, глистную инвазию и др.

Лица с впервые выявленной пароксизмальной активностью на ЭЭГ подлежат обследованию в неврологическом отделении. Лица с впервые выявленной эпилептоидной активностью на ЭЭГ (типа "пик-медленная волна") при отсутствии других признаков эпилепсии или органического заболевания центральной нервной системы подлежат обследованию в неврологическом отделении Центральной клинической больницы гражданской авиации. Стабильность указанных изменений на ЭЭГ (в течение 3—6 месяцев) является основанием для признания негодным после повторного стационарного обследования.

При выявлении пароксизмальной, эпилептоидной активности и значительно выраженных изменений на ЭЭГ у кандидатов, поступающих в летные и диспетчерские училища, выносится заключение о негодности.

Статья 6. Освидетельствуются лица с патологией сосудов головного и спинного мозга различной этиологии. В эту группу входят первичные заболевания сосудов головного и спинного мозга (васкулиты, аномалии развития, аневризмы, атеросклероз и др.) и вторичные изменения сосудов соматогенной, вертеброгенной и др. этиологии.

Клиническими проявлениями указанной патологии являются острое нарушение мозгового кровообращения или хроническая недостаточность кровообращения головного мозга с кризовым течением, нарушением функций центральной и периферической нервной системы, изменениями психики, затрудняющими или исключающими возможность выполнения профессиональных обязанностей.

Наиболее распространенным видом сосудистой патологии, ведущей к дисквалификации лиц летного состава, является атеросклероз сосудов головного мозга. При выявлении легкой рассеянной микросимптоматики в неврологическом статусе или отклонений в данных дополнительных методов обследования необходим тщательный анализ анамнеза жизни, перенесенных и сопутствующих заболеваний в целях исключения гипердиагностики церебрального атеросклероза.

Медицинское обследование всех видов сосудистой патологии головного и спинного мозга проводится с учетом этиологии, течения заболевания, переносимости нагрузочных проб, психологического обследования, а также прогноза возникновения острых состояний, влияющих на безопасность полетов.

По п. 6.1 освидетельствуются лица, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения геморрагического или ишемического генеза, преходящую ишемию головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние или сосудистый криз, а также лица с хронической недостаточностью мозгового кровообращения.

По п. 6.2 освидетельствуются лица с легко или умеренно выраженными проявлениями атеросклеротического поражения сосудов головного или спинного мозга, подтвержденными клиническими и инструментальными методами исследования.

Заключение выносится на основании оценки выраженности неврологических нарушений, степени стенозирования основных артериальных стволов, состояния профессионально важных психологических функций, течения заболевания, факторов риска, прогноза и переносимости нагрузочных проб.

По этому же пункту освидетельствуются лица, перенесшие инфекционное или токсико-аллергическое поражение сосудов головного или спинного мозга (васкулиты), в сроки не ранее двух лет после завершения лечения.

Статья 7. Лица, у которых впервые выявлено органическое поражение нервной системы, подлежат стационарному обследованию в неврологическом отделении.

К п. 7.1 относятся органические заболевания нервной системы:

опухоли, сирингомиелия, рассеянный склероз и другие заболевания прогрессирующего характера;

острые и хронические формы инфекционных заболеваний ЦНС: энцефалит, арахноидит, менингит, миелит, нейросифилис, остаточные явления инфекций или интоксикаций нервной системы с нарушением функции, ликворо-динамическими нарушениями, судорожными припадками;

заболевания нервно-мышечного аппарата: миастения, миопатия, миотония, миоплегия.

По п. 7.2 освидетельствуются лица, перенесшие инфекционное или интоксикационное заболевание ЦНС с полным восстановлением нервно-психической деятельности или легкими остаточными явлениями в виде органических микросимптомов без нарушения функций.

Вопрос о восстановлении на летную работу решается: после гриппозного энцефалита не ранее чем через 1—2 года, острого энцефаломиелита — 2 года, острого клещевого энцефалита — 3 года.

Лица, переболевшие эпидемическим цереброспинальным менингитом, признаются негодными. Вопрос о допуске к летной и диспетчерской работе (учебе) может быть рассмотрен через 1 год после перенесенного заболевания.

Лица, перенесшие стертую менингококковую инфекцию, менингококковый ринит, фарингит, освидетельствуются по ст. 12.

Пункт 7.2 применяется к лицам с заболеванием нервно-мышечного аппарата и наследственно-дегенеративными заболеваниями в начальной стадии с медленным прогредиентным течением, с достаточной сохранностью профессионально важных функций.

Статья 8. Освидетельствование лиц, перенесших травмы головы с повреждением ЦНС, проводится после клинического обследования и лечения. При оценке механизма и обстоятельства травмы следует учесть возможность бесконтактной черепно-мозговой травмы (смещение мозга, разрыв сосудов) и травмы вследствие повреждения структур атланто-окципитального сочленения.

При вынесении медицинского заключения необходимо учитывать длительность периода измененного сознания и амнезии.

Прогнозируя возможность развития поздней посттравматической эпилепсии, кроме характера и степени тяжести травмы, необходимо учитывать и другие факторы риска.

Медицинская оценка проводится с учетом анамнеза, динамики ЭЭГ, степени компенсации утраченных функций и результатов переносимости нагрузочных проб, психологического обследования.

К п. 8.1 относятся:

— открытая ЧМТ (проникающая или непроникающая);

— последствия открытой или закрытой черепно-мозговой травмы с выраженными органическими изменениями ЦНС, нарушением психики, гипертензионным или судорожным синдромом;

— последствия травмы спинного мозга с двигательными, чувствительными нарушениями или тазовыми расстройствами.

Лица, перенесшие ЧМТ с повреждением твердой мозговой оболочки, вдавленным или оскольчатым переломом костей свода черепа с дефектом костей черепа (кроме диагностических фрезевых отверстий), внутричерепными гематомами и ликвореей в остром периоде, восстановлению на работу не подлежат.

Обследование с целью восстановления на работу лиц, перенесших ушиб головного мозга средней или тяжелой степени с линейным переломом костей свода, основания черепа (без ликвореи) или субарахноидальным кровоизлиянием, можно проводить не ранее чем через 2 года после травмы, при положительных результатах наблюдения.

П. 8.2 применяется к лицам, перенесшим сотрясение или легкую степень ушиба головного мозга. Вопрос о восстановлении на летную работу рассматривается не ранее 3—6 месяцев после травмы при отсутствии или констатации легко выраженных изменений на ЭЭГ, в неврологическом или вегетативном статусе и при хорошей переносимости нагрузочных проб. Диспетчеры допускаются к работе по выздоровлении.

Статья 9. Клинические проявления патологии вегетативной нервной системы могут быть следствием первичного поражения различных структурных уровней ВНС или являться вторичными синдромами неврологических, соматических, эндокринных, психических, аллергических заболеваний и интоксикаций. Все это делает необходимым особо тщательный сбор анамнеза и всестороннего клинического обследования.

По п. 9.1 проводится медицинское обследование вегетативно-сосудистых расстройств, имеющих пароксизмальные проявления хронических заболеваний ВНС, часто рецидивирующие обострения и кризовые реакции (ваговазального, симпатического, смешанного характера, висцерального симпаталгического, диэнцефального типа).

В эту группу включаются следующие заболевания: мигрень, солярит, синдромы: Меньера, позвоночной артерии, диэнцефальный синдром; ангиотрофоневрозы (болезнь Рейно, эритромелалгии и др.), отек Квинке и ортостатическая эссенциальная гипотония.

Медицинское заключение при периферических нейроваскулярных синдромах и ганглионитах выносится по ст. 10.

По п. 9.2 освидетельствуются лица с дисфункцией конституционально-наследственного генеза, а также возникшей на фоне гормональной перестройки или после перенесенной соматической патологии в стадии стойкой ремиссии на момент обследования (2—3 месяца после излечения основного заболевания).

Медицинская оценка зависит от степени выраженности вегетативно-сосудистых расстройств, результатов клинического обследования и переносимости нагрузочных проб (ортопроба, вестибулярная проба и т.д.).

В случаях вегетативно-сосудистых нарушений с доминированием в клинической картине функциональных кардиоваскулярных проявлений экспертный вопрос решается по ст. 19.

Статья 10. В статью включаются заболевания периферической нервной системы различной этиологии:

острые и хронические заболевания, травматические повреждения корешков спинного мозга, сплетений, нервных стволов, ганглиев; периферические нейроваскулярные синдромы;

корешковые компрессии при заболеваниях позвоночника;

последствия оперативных вмешательств на позвоночнике, корешках спинного мозга, сплетениях и нервных стволах.

Лица с указанными заболеваниями в период обострения подлежат лечению (амбулаторному, стационарному, санаторному).

После удаления грыжи межпозвонкового диска освидетельствование проводится не ранее 6 месяцев после выписки из стационара, с учетом характера операции и послеоперационного периода.

При обострении хронического радикулита более двух раз в год применяется п. 10.1.

При нарушении подвижности, не сопровождающейся корешковыми явлениями, освидетельствование проводится по статье 29 (заболевания позвоночника).

Статья 11. Лица, перенесшие обмороки (синкопальные состояния), отстраняются от учебы, работы и после осмотра терапевта и невропатолога направляются на стационарное обследование в неврологическое отделение Медицинского центра гражданской авиации. Врач обязан представить акт с полным описанием обстоятельств и проявлений потери сознания за подписью очевидцев и своей подписью.

Заключение основывается на изучении обстоятельств обморока, его клинических проявлений на всесторонней оценке состояния здоровья, результатах инструментального обследования и функциональных проб. При установлении причин, вызвавших обморок, решение принимается по основному заболеванию с учетом прогноза и повторных обмороков.

При однократном обмороке на эмоционально-болевой раздражитель или острую гипоксию у здорового лица статья не применяется.

При повторных обмороках неуточненной этиологии выносится заключение о негодности.

Внутренние болезни

Статья 12. В статью включаются тифы, малярия, геморрагические лихорадки, дизентерия, бруцеллез, инфекционный гепатит, паразитарные и глистные инвазии.

После лечения острых инфекций и инвазий авиационный персонал допускается к работе.

Лица с хронической стадией описторхоза освидетельствуются по п. 12.2, повторные курсы лечения проводятся по результатам наблюдения в кабинете инфекционных заболеваний.

Летный состав и бортпроводники, перенесшие инфекционный гепатит, геморрагическую лихорадку, отстраняются от работы на 3—6 месяцев в зависимости от тяжести заболевания и результатов лечения.

К авиационно-химическим работам пилоты допускаются не ранее чем через 12 месяцев. Диспетчеры допускаются после закрытия больничного листа.

Бортпроводники, имеющие бактерионосительство кишечной инфекции, освидетельствуются по п. 12.1.

Статья 13. Пункт 13.1 применяется при лейкозах, миеломной болезни, лимфогранулематозе, злокачественных анемиях, тяжелых формах геморрагического диатеза.

К п. 13.2 относятся анемии доброкачественного характера (постгеморрагические, железодефицитные) при стойких положительных результатах лечения гемоглобин не менее 12,0 гр%, компенсированные гемоглобинопатии и случаи геморрагического диатеза без склонности к рецидивам.

Статья 14. По п. 14.1 освидетельствуются лица с тяжелыми проявлениями аллергии и со склонностью к рецидивам.

По п. 14.2 освидетельствуются лица, у которых нет повторных аллергических проявлений в течение 3 месяцев и аллерген установлен и устранен.

Статья 15. Лицам с избыточной массой тела проводится клиническое обследование для установления характера ожирения. При симптоматическом (вторичном) ожирении эндокринного, церебрального генеза освидетельствование проводится по основному заболеванию.

Степень ожирения устанавливается в соответствии с индексом Кетле. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывается по формуле: масса тела (кг)/рост ($м^2$). При нормальной массе тела ИМТ находится в диапазоне 20,0—25,9; избыточной массе тела — 26,0—29,9; при ожирении I ст. — 30,0—34,9; ожирении II ст. — 35,0 и более.

По п. 15.1 освидетельствуются лица с экзогенно-конституциональным ожирением II—III степени.

Статья 16. Освидетельствуются лица:

— с сахарным диабетом I типа инсулинозависимым и с сахарным диабетом II типа средней тяжести и тяжелой формой, требующие постоянного лечения инсулином или другими гипогликемическими препаратами;

— с токсическим зобом (тиреотоксикозом) любой формы и другими эндокринными заболеваниями, требующими постоянного лечения. При впервые выявленной легкой форме сахарного диабета II типа летный состав и бортпроводники подлежат наблюдению и лечению до трех мес.

Допуск к летной работе по п. 16.2 осуществляется при полной компенсации углеводного обмена без применения медикаментозных средств. Диспетчеры при легкой форме сахарного диабета от работы не отстраняются. Решение о допуске к летной работе после излечения токсического зоба (тиреотоксикоза) принимается после проведения реабилитационного лечения (без применения медикаментозных средств) не ранее чем через 12 месяцев. Диффузное эутиреоидное увеличение щитовидной железы I и II ст. и нарушение толерантности к углеводам не дают оснований для установления статьи.

Статья 17. По ст. 17.2 рассматриваются лица с клиническим излечением или остаточными явлениями после перенесенного туберкулеза (ограниченный фиброз, очаги обызвествления, междолевые и плевральные спайки) без смещения органов средостения и нарушения функции внешнего дыхания.

При восстановлении на работу необходимо заключение тубдиспансера с указанием группы учета.

Статья 18. К п. 18.1 относятся: бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, активный саркоидоз, хронические пневмонии, диффузный пневмосклероз и эмфизема легких с нарушением функции внешнего дыхания.

По п. 18.2 освидетельствуются лица с хроническим бронхитом в фазе ремиссии, ограниченным пневмосклерозом.

При хроническом бронхите с осложненным течением летный состав и бортпроводники отстраняются от работы на весь период лечения.

Лица, перенесшие спонтанный пневмоторакс, допускаются к работе не ранее 3 месяцев после выздоровления при условии, что обследование не выявило причины для его повторного возникновения; повторный пневмоторакс исключает годность к работе.

Статья 19. К статье относятся заболевания сердца, связанные с нарушением регуляции. Диагноз "Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу" впервые устанавливается после тщательного клинического, лабораторного и инструментального обследования с использованием функциональных проб. Необходимо исключить текущий воспалительный процесс, органические изменения сердца и экстракардиальную патологию. Для дифференциальной диагностики с ишемической болезнью сердца используются ортостатическая и фармакологические ЭКГ-пробы, ВЭП, сцинтиграфия миокарда с нагрузкой, в сомнительных случаях — коронарография.

По п. 19.1 освидетельствуются лица с выраженными нарушениями ритма сердца, синдромом слабости синусового узла, нарушениями проводимости, сопровождающимися повторными выпадениями сердечных сокращений на 2 с и более, с приступами мерцательной аритмии, трепетанием предсердий, суправентрикулярной тахикардией (4 и более комплексов с частотой 120 и более в 1 мин.), частая желудочковая экстрасистолия с повторными периодами би- и тригеминии, с повторными эпизодами спаренных желудочковых экстрасистол, с эпизодами желудочковой тахикардии по 3 и более комплекса частотой 120 в 1 мин. и более, с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта при наличии спонтанной суправентрикулярной тахикардии. При значительных суправентрикулярных нарушениях ритма проводится электрофизиологическое исследование. Его результаты считаются неблагоприятными, если провоцируются перечисленные выраженные нарушения ритма.

Для оценки выраженности нарушений ритма проводится суточное ЭКГ мониторирование.

При успешном лечении нарушений ритма сердца проводится повторное освидетельствование.

По п. 19.2 освидетельствуются лица, не предъявляющие жалоб, с нарушениями ритма и проводимости сердца, не перечисленными в п. 19.1, с лабильными изменениями конечной части желудочкового комплекса ЭКГ (ST и T), поддающимися нормализации при приеме бета-блокаторов.

При исчезновении лабильности ЭКГ и неэффективности бета-адреноблокаторов в нормализации ЭКГ принимается экспертное заключение о негодности к работе.

Статья 20. Пункт 20.1 включает артериальную гипертензию с АД 160/95 мм рт.ст. и выше, имеющую стойкий характер, или при меньших величинах АД, сопровождающуюся существенным увеличением левого желудочка сердца, изменениями на ЭКГ в покое или при физической нагрузке. Сюда же относятся транзиторные гипертонические кризы, протекающие с временными нарушениями мозгового кровообращения.

По п. 20.2 освидетельствуются лица, у которых поддержание АД на цифрах не выше 160/95 мм рт.ст. удается с помощью немедикаментозной или разрешенной для применения медикаментозной терапии.

Подбор медикаментозной терапии проводится в течение 2—3 месяцев.

При допуске к работе учитывается стойкость эффекта от проводимых мероприятий, переносимости нагрузочных проб и факторов риска.

К п. 20.3 относится транзиторное повышение АД, нормализующееся без применения медикаментозных средств. Решение о допуске к работе принимается с учетом результатов нагрузочных проб, суточного АД мониторирования.

Для кандидатов к обучению на пилота, штурмана, бортинженера АД не должно превышать 140/90 мм рт.ст.

Статья 21. К п. 21.1 относятся: инфаркт миокарда, стенокардия, тяжелые нарушения ритма и проводимости. Сюда же относятся изменения на ЭКГ в покое и при тестах с физической нагрузкой, которые после дополнительного обследования с наибольшей вероятностью могут быть связаны с нарушением коронарного кровообращения. Достаточным основанием для диагноза ишемической болезни сердца служит сочетание положительного ЭКГ-теста с физической нагрузкой с выявленной при нагрузочной сцинтиграфии локальной ишемии миокарда или стенозирование одной из основных венечных артерий сердца более чем на 50%, или стенозирование трех артерий более чем на 30% при аортокоронарографии.

К п. 21.2 относятся случаи атеросклеротического поражения сосудов и мышцы сердца, не сопровождающиеся выраженными нарушениями сердечного ритма и проводимости.

Допуск к летной работе возможен после углубленного клинического обследования сердечно-сосудистой системы при хорошей переносимости нагрузочных проб.

Допуск к работе лиц, перенесших инфаркт миокарда, по специальности "диспетчер УВД" возможен только после двухлетнего наблюдения стабильной ЭКГ, без лечения антиангинальными средствами и хорошем функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы.

Вопрос о направлении на работу в полярные экспедиции и страны с жарким климатом решается индивидуально.

Статья 22. К статье относятся: врожденные и приобретенные пороки сердца, пролабирование митрального клапана, текущие воспалительные процессы в мышце сердца, миокардиодистрофии, миокардитический кардиосклероз, кардиомиопатии и др.

При наличии клинических признаков этих заболеваний заключение выносится на основании изучения анамнеза заболевания, всестороннего клинического и кардиологического обследования, проведения функционально-диагностических исследований, течения заболевания и его прогноза.

К п. 22.1 относятся: острые вялотекущие заболевания или последствия перенесенных заболеваний с выраженным нарушением ритма и проводимости; признаками сердечной недостаточности и болевым синдромом, умеренные и значительно выраженные комбинированные пороки сердца и пролабирование митрального клапана более 6 мм; дилятационные, гипертрофические и рестриктивные кардиомиопатии.

К п. 22.2 относятся: миокардитический кардиосклероз, пролапс митрального клапана менее 6 мм, незначительно выраженные, изолированные и стойко компенсированные пороки сердца, асимметрическая гипертрофия межжелудочковой перегородки без признаков обструкции путей оттока, апикальная форма гипертрофической кардиомиопатии. Все эти заболевания не должны сопровождаться симптоматикой, указанной в п. 22.1.

Лица, прошедшие лечение по поводу воспалительных заболеваний сердца, могут быть повторно освидетельствованы не ранее чем через 3 месяца.

Статья 23. По этой статье освидетельствуются лица с язвенной болезнью, гастритами, колитами. Результаты лечения острых случаев и обострений заболеваний должны контролироваться эндоскопически. При хороших результатах лечения гастритов (в том числе эрозивных) и колитов авиационный персонал допускается к работе по специальности.

При неосложненной язвенной болезни летный состав, бортоператоры и бортпроводники подлежат лечению до трех месяцев. При осложнениях язвенной болезни и после оперативного лечения повторное медицинское освидетельствование возможно через 6—12 месяцев в зависимости от типа операции и результатов лечения.

Диспетчеры допускаются к работе после закрытия листка нетрудоспособности. Лица, у которых впервые выявлена рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки без клинических проявлений, от летной работы не отстраняются.

Статья 24. По п. 24.1 освидетельствуются лица с гепатитом в активной стадии, циррозом печени, обострением хронического холецистита, желчно-каменной болезнью, панкреатитами.

Восстановление на летную работу проводится по пункту 24.2 при условии стойкой ремиссии и сохранности функций органа. Диспетчеры УВД допускаются к работе по выздоровлении.

Вопрос о восстановлении на летную работу после литотрипсии и холецистэктомии рассматривается не ранее чем через 6 месяцев. После неосложненной лапароскопической холецистэктомии — не ранее чем через 3 месяца.

Лица с доброкачественной функциональной билирубинемией после обследования признаются годными к летной работе, но без допуска к АХР.

Статья 25. Лица, перенесшие острый гломерулонефрит, признаются негодными и подлежат наблюдению в течение года. Вопрос о допуске к летной работе рассматривается после клинического обследования. При признаках хронического нефрита (пиелонефрита) заключение о годности выносится индивидуально в зависимости от течения процесса и сохранности функции почек, выраженности вторичного гипертензионного синдрома. В случаях, когда пиелонефрит носит вторичный характер, освидетельствование проводится с учетом основного заболевания.

Статья 26. По п. 26.1 освидетельствуются лица с воспалительными, аллергическими, обменными заболеваниями суставов, системными поражениями соединительной ткани. Лица с острыми инфекционными, инфекционно-аллергическими артритами, полиартритами подлежат лечению до 3—6 месяцев.

При хроническом артрите, полиартрите заключение выносится в зависимости от функционального состояния суставов.

Хирургические болезни

Статья 27. Кандидаты к обучению на пилота должны иметь: рост не ниже 160 см и не выше 190 см, рост сидя — не более 95 см, на штурмана и бортинженера — не ниже 157 см и не выше 190 см.

Мышечная сила у лиц летного состава и поступающих в летные училища при кистевой динамометрии должна быть на правой руке не менее 35 кгс, на левой — 30 кгс (у левши может быть наоборот).

Для лиц, поступающих на диспетчерские отделения, ограничения по росту, массе тела и мышечной силе нет.

У кандидатов для обучения в летных училищах гражданской авиации в возрасте до 20 лет масса тела до 25% не расценивается как проявление недостаточного физического развития (в период интенсивного развития организма масса тела может отставать от роста).

При инфантилизме вопрос о годности к обучению решается после консультации эндокринолога.

Статья 28. При поражении лимфоузлов авиационный персонал подлежит медицинскому обследованию у специалистов.

При туберкулезе лимфоузлов медицинское обследование с целью восстановления на летную (диспетчерскую) работу возможно при полном клиническом излечении и снятии с учета в противотуберкулезном диспансере. При актиномикозе восстановление на летную (диспетчерскую) работу возможно при полном клиническом выздоровлении с учетом заключения дерматолога (миколога), но не ранее чем через год после окончания лечения.

Статья 29. Оценка функции суставов проводится по общепринятой методике.

При установлении специфической этиологии заболевания, наличии секвестральных полостей, свищей авиационный персонал признается негодным к работе независимо от степени нарушения функции. При положительных результатах лечения и ремиссии не менее 6 месяцев может рассматриваться вопрос о допуске к работе.

Все виды патологического кифоза определяют негодность к летной работе и обучению. К патологическому кифозу не относится "Круглая спина" (разновидность осанки).

Юношеский сколиоз 1 степени (угол дуги сколиоза не более 10″) при нормальном физическом развитии, врожденные изменения (сакрализация V поясничного, люмбализация 1 крестцового позвонков, расщепление дужек), не сопровождающиеся нарушением функции позвоночника и тазовых органов, не являются препятствием для обучения летным и диспетчерской специальностям.

Спондилоартриты инфекционно-аллергического генеза (болезнь Бехтерева, Рейтера и др.) относятся к терапевтическому разделу Требований.

При дегенеративно-дистрофических процессах в позвоночнике, сопровождающихся корешковым синдромом, экспертное заключение выносит невропатолог.

При переломе тел позвонков с подвывихом, при туберкулезе позвоночника (независимо от фазы процесса и состояния функции) авиационный персонал признается негодным. После компрессионного перелома тел одного или двух позвонков освидетельствование проводится не ранее чем через 12 месяцев после травмы, операции.

При переломах поперечных, остистых отростков авиационный персонал допускается к работе и обучению по восстановлении функции и исчезновении болевого синдрома.

При консолидированных переломах костей таза медицинское освидетельствование проводится не ранее чем через 6 месяцев после травмы.

При операции на мышцах, сухожилиях, связках, костях и суставах годность к летному обучению, летной (диспетчерской) работе определяется после восстановления функций. Допустимо укорочение руки или ноги в результате операции (травмы) не более 2 см.

В случае отказа от операции при показаниях к оперативному лечению привычного вывиха, ложного сустава авиационный персонал признается негодным по п. 29.1.

Применяемые при остеосинтезе мелкие танталовые фиксаторы (шурупы, пластинки Лэна и др.), если отсутствуют признаки металлоза, не

являются препятствием для продолжения летной, диспетчерской работы и обучения.

Металлические фиксаторы, введенные внутрикостно (стержни ЦИТО, Богданова и др.), к моменту восстановления на летную работу должны быть удалены.

Отсутствие кисти, отсутствие, полное сведение или неподвижность двух пальцев на одной руке, первого или второго пальцев на правой руке, а также первого пальца на левой руке относятся к п. 29.1.

Отсутствие ногтевой фаланги на первом пальце и двух фаланг на других приравнивается к отсутствию пальца.

Оценка годности при других дефектах пальцев рук, кисти определяется степенью сохранности функции кисти.

Отсутствие стопы, врожденная и приобретенная деформация стопы, нарушающая ее функцию и затрудняющая ходьбу (косолапость, плоскостопие III степени и др.), относятся к п. 29.1.

Отсутствие первого пальца на стопе является препятствием для летного обучения.

Плоскостопие I степени и начальная форма II степени не являются препятствием для обучения. При необходимости для более точного определения высоты свода следует производить рентгенографию стопы в упоре.

Плоскостопие с высотой продольного свода менее 20 мм определяет негодность к летному обучению.

При обширных плоских рубцах кожи (более 20% поверхности тела) независимо от состояния и степени нарушения функции кандидаты в учебные заведения гражданской авиации и поступающие на работу бортпроводниками, бортоператорами признаются негодными.

Статья 30. Исключением из п. 30.1 является рак кожи и нижней губы 1 стадии. На период лечения определяется временная нетрудоспособность. Вопрос о профессиональной трудоспособности решается хирургом с учетом заключения онколога и нормализации показателей периферической крови.

Восстановление на работу с применением индивидуальной оценки по п. 30.2 возможно после лечения опухолей 1 стадии (T1 N0M0) или 2а (T2 N0M0).

При отсутствии у авиационного персонала рецидива или генерализации опухолевого процесса при полной и стабильной компенсации функций организма вопрос о восстановлении на летную, диспетчерскую работу и работу бортпроводником рассматривается в следующие сроки: при раке желудка и кишечника — не ранее чем через 3 года после операции; при злокачественных опухолях молочной железы, щитовидной железы, почки, яичка, шейки матки — не ранее чем через 2 года после окончания лечения (оперативного, лучевой терапии, комбинированного). В документах, предоставляемых во ВЛЭК, должны быть отражены: стадия опухоли, развернутое патоморфологическое заключение (анатомический тип роста опухоли, ее морфологическая характеристика, состояние регионарных лимфоузлов) и проведенное лечение (для хирургического — дата, характер операции и течение послеоперационного периода; для лучевого — сроки и методика облучения, суммарная очаговая доза, общая и местная лучевая реакция).

При патоморфологическом заключении ("рак in situ") независимо от локализации опухоли экспертное заключение выносится в зависимости от характера проведенного лечения (операции).

К статье не относятся опухоли центральной и периферической нервной системы, глаза и лор-органов.

Статья 31. Помимо истинных опухолей к статье относятся костно-хрящевые экзостозы, узловой зоб, аденома предстательной железы, мастопатии.

Пункт 31.1 применяется при опухолях, не подлежащих оперативному лечению в связи с их локализацией, размерами, анатомическим взаимоотношением с соседними органами, возможностью нарушения функции окружающих органов и органов, из которых они исходят.

Сроки допуска к работе после удаления доброкачественных опухолей определяются масштабами операции и ее исходом.

При доброкачественных опухолях небольших размеров без тенденции к росту, не мешающих ношению одежды и обуви, статья не применяется.

Поступающие в учебные заведения и на работу бортпроводником, оперированные ранее по поводу доброкачественных опухолей, представляют во ВЛЭК ГА выписку с описанием характера проведенной операции и данными гистологического исследования опухоли.

При доброкачественных опухолях желудочно-кишечного тракта (в подавляющем большинстве, полипах) и органов дыхания определяется негодность к работе с ядохимикатами. Вопрос о лечебной тактике при этих опухолях решается онкологом (проктологом).

Вопрос о восстановлении на летную (диспетчерскую) работу и обучение этим специальностям после удаления узлового зоба рассматривает терапевт не ранее чем через 3 месяца после операции.

При аденоме предстательной железы I ст. без дизурических расстройств, если по заключению уролога не показано оперативное лечение, лица летного и диспетчерского состава годны по п. 31.2. При II—III стадиях аденомы, а также при I стадии, если она осложнилась острой задержкой мочеиспускания, авиационный персонал признается негодным.

Вопрос об удалении доброкачественных опухолей наружных половых органов решается после консультации гинеколога (уролога). Обследуемые, у которых выявлены миомы матки, протекающие бессимптомно, подлежат диспансерному наблюдению. Кандидаты к обучению на бортпроводника и вновь поступающие на эту работу признаются негодными. В случае роста миомы, нарушения овариально-менструальной функции и развития болевого синдрома показано оперативное лечение. Допуск к работе после операции разрешается в сроки, указанные в ст. 34.

Кандидаты в летные училища гражданской авиации с множественными пигментными невусами размерами от 2 × 3 см и более, расположенными на участках тела, подверженных постоянному давлению одеждой, обувью, признаются негодными.

К статье не относятся опухоли центральной и периферической нервной системы, глаза и лор-органов.

Статья 32. После операции по поводу заболеваний органов грудной полости и средостения авиационный персонал признается негодным к летной (диспетчерской) работе и обучению. При благоприятных результатах лечения вопрос о годности к работе (обучению) решается совместно с терапевтом не ранее чем через 6 месяцев после операции.

При наличии инородных тел в грудной стенке или ткани легких, отдаленных от крупных сосудов, сердца, не дающих клинических проявлений, и хорошей функции внешнего дыхания экспертное заключение выносится по п. 32.2. Кандидаты к обучению в училищах гражданской авиации признаются негодными. При травматическом пневмотораксе экспертное решение принимается после окончания лечения и клинического обследования.

При проникающем ранении грудной клетки без повреждения внутренних органов вопрос о годности решается после выздоровления. При

диафрагмальных грыжах со склонностью к ущемлению или вызывающих функциональные расстройства пищевода и желудка и осложненных рефлюксэзофагитом выносится заключение о негодности. При благоприятном исходе оперативного лечения вопрос о летной (диспетчерской) работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после операции.

Статья 33. Статья включает дивертикулы, рубцовые изменения, кардиоспазм, ахолазию кардии. При благоприятном исходе оперативного лечения дивертикула вопрос о годности к летной, диспетчерской работе рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после операции. Пункт 33.2 применяется при дивертикулах размерами не более 2—2,5 см, не задерживающих контрастную массу, не сопровождающихся дивертикулитом и нарушением функции пищевода.

Статья 34. Кандидаты к обучению и лица, поступающие на летную (диспетчерскую) работу в авиапредприятия, при наличии у них послеоперационных рубцов на брюшной стенке представляют во ВЛЭК ГА документы о характере перенесенной операции. После операции по поводу аномалий развития, повреждений органов брюшной полости, неопухолевых заболеваний, в том числе по поводу язвенной болезни, холецистита и желчно-каменной болезни, острого и хронического панкреатита, странгуляционной непроходимости и заворота кишечника кандидаты к обучению и лица, поступающие на работу в авиапредприятия, признаются негодными.

При аппендикулярном инфильтрате авиационный персонал признается негодным. Восстановление на работу возможно только после оперативного лечения.

При благоприятном исходе допуск к летной работе (работе по УВД) и продолжению обучения разрешается в следующие после операции сроки:

при проникающих ранениях брюшной полости без повреждения внутренних органов, аппендэктомии по поводу острого или хронического аппендицита, удаления Меккелева дивертикула, диагностической лапаротомии (если, по данным интраоперационной ревизии, не показано углубленное обследование или длительное консервативное лечение) — не ранее чем через 6 недель;

при проникающих ранениях с повреждением внутренних органов, а также заболеваниях, не осложненных перитонитом, — не ранее чем через 4—6 месяцев;

при повреждениях или заболеваниях органов брюшной полости, осложненных разлитым перитонитом, — не ранее чем через 12 месяцев.

При спаечной болезни, неустраненной причине заворота кишечника и после операции на поджелудочной железе авиационный персонал восстановлению не подлежит.

Медицинское заключение после операции по поводу язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и ее осложнений, холецистэктомии, спленэктомии по поводу системного заболевания выносится хирургом совместно с терапевтом.

Грыжи брюшной стенки подлежат оперативному лечению. Авиационный персонал допускается к работе (обучению) не ранее чем через 5—6 недель после операции. При прямых паховых грыжах диаметром до 4 см и отсутствии болевого синдрома допускается оперативное лечение в межкомиссионный период. При пупочных грыжах диаметром не более 1 см показанием для оперативного лечения является болевой синдром.

Статья 35. При обнаружении эпителиального копчикового хода с признаками острого воспаления, а также при свищевой форме в холодном периоде показано оперативное лечение. При благоприятных результатах лечения разрешается продолжение работы (учебы). При оперативном

лечении геморроя, хронического парапроктита, эпителиального копчикового хода вопрос о годности рассматривается после выздоровления, но не ранее чем через 4 недели после операции; при выпадении прямой кишки и недостаточности анального жома — не ранее чем через 6 месяцев.

Частыми обострениями геморроя считаются однократные обострения в течение 3 лет подряд или более 2 обострений в течение одного года.

Кондиломатоз промежности рассматривается по п. 35.2 после консультации дерматовенеролога. При полипах и полипозе прямой кишки применяются требования ст. 31.

Статья 36. Статья включает облитерирующие заболевания артерий (эндартериит, атеросклероз), атеросклеротические окклюзии, аневризмы, варикозное расширение вен, тромбофлебит, флеботромбоз, посттромбофлебическую болезнь, слоновую болезнь, последствия ранений сосудов и операций на них.

При благоприятном исходе оперативного лечения посттравматических артериальных аневризм решение о годности к летной и диспетчерской работе принимается не ранее чем через 4—6 месяцев после операции по результатам клинического обследования.

При варикозном расширении вен с признаками трофических расстройств, декомпенсации кровообращения, при истончении кожи над узлами с угрозой их разрыва авиационный персонал признается негодным.

Вопрос о допуске к летной, диспетчерской работе после оперативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей решается не ранее чем через 3 месяца после операции. При рецидиве варикозной болезни бортпроводники к работе признаются негодными, к остальному авиационному персоналу применяется индивидуальная оценка с учетом степени расстройства кровообращения. При посттромбофлебической болезни в стадии компенсации диспетчеры признаются годными, остальной авиационный персонал — негоден независимо от стадии заболевания.

Статья 37. Вопрос о восстановлении на работу после оперативного вмешательства на почках, мочеточниках, мочевом пузыре и уретре рассматривается не ранее чем через 6 месяцев после операции. Нарушение паренхиматозной функции почек легкой степени, выявляемое лишь радиоизотопным методом, не является препятствием для восстановления на летную (диспетчерскую) работу по п. 37.2.

К летному составу, перенесшему нефрэктомию или имеющему от рождения единственную почку, в зависимости от состояния функции почки применяется индивидуальная оценка.

Нефроптоз I—II степени при отсутствии нарушений, относящихся к п. 37.1, не является препятствием для продолжения летной работы. При нефроптозе III степени летный состав признается негодным, к диспетчерам УВД применяется индивидуальная оценка.

Бортпроводники при наличии нефроптоза III степени признаются негодными.

При всех видах крипторхизма (задержка или эктопия яичка) выносится заключение о негодности к обучению. Лица, перенесшие операцию удаления яичка (при брюшной задержке, низведении яичка, эктопии), признаются годными к обучению. Годность к летному обучению после оперативного лечения крипторхизма с низведением яичка определяется не ранее чем через 6 месяцев после операции при условии, что яичко находится в мошонке, а не у ее корня.

После операции по поводу водянки яичка, семенного канатика курсанты, летный состав и бортпроводники допускаются к обучению (работе) через 5—6 недель после операции, диспетчеры — после закрытия больничного листа.

При умеренном расширении вен семенного канатика (без выраженного конгломерата вен, значительного увеличения их при напряжении брюшного пресса) кандидаты к обучению признаются годными. При головочной форме гипоспадии кандидаты к обучению, летный состав, диспетчеры и бортпроводники признаются годными.

При водянке яичка и семенного канатика, расширении вен семенного канатика для лиц, направляемых на работу в полярные экспедиции и в страны с жарким климатом, предусматривается индивидуальная оценка.

Статья 38. Статья включает туберкулез почек и мочеполовых органов, пиелонефрит, цистит, уретрит, простатит, недержание мочи. При активной фазе туберкулеза принимается решение о негодности. При остром неспецифическом воспалении авиационный персонал подлежит лечению. После излечения (консервативного, оперативного) туберкулеза яичка, придатка и снятия с учета в противотуберкулезном диспансере разрешается допуск к летной (диспетчерской) работе.

Авиационный персонал, перенесший нефрэктомию по поводу туберкулеза, признается негодным.

При обострении хронических неспецифических заболеваний чаще двух раз в течение года или однократных ежегодных обострениях в течение трех лет подряд авиационный персонал признается негодным.

Авиационный персонал, имеющий камни предстательной железы без клинического проявления, годен к летной (диспетчерской) работе.

Страдающие недержанием мочи негодны по всем графам.

Статья 39. При установлении диагноза мочекаменной болезни показано клиническое обследование. При отсутствии по его данным морфологических и функциональных изменений мочевыводящих путей применяется п. 39.2. При нарушении функции почек, обусловленном перенесенной почечной коликой (с отхождением камня или без него), авиационный персонал подлежит лечению сроком до 3 месяцев с последующим медицинским обследованием.

Авиационный персонал, пролеченный методом экстракорпоральной литотрипсии, допускается к работе не ранее чем через 3 месяца после операции.

Кожные и венерические болезни

Статья 41. Хроническая рецидивирующая экзема (в том числе ограниченная: в области ушной раковины, кистей рук, лица, шеи, половых органов) служит основанием для заключения о негодности по всем графам. При легких формах экземы авиационный персонал подлежит лечению. Авиационный персонал с тяжелыми распространенными формами пиодермии, трудно поддающимися лечению, переходящими в хроническую микробную экзему, признается негодным.

При легких формах ихтиоза, чешуйчатом лишае в легкой форме с ограниченной локализацией, при хорошем общем состоянии применяется п. 41.2. С грибковыми поражениями кожи, пиодермиями, паразитарными заболеваниями (лейшманиоз, чесотка) подлежат лечению.

Кандидаты в летные училища и на бортпроводников с витилиго открытых участков тела (лицо, шея, кисти рук), гнездной алопецией к обучению негодны.

Статья 42. Вопрос о годности авиационного персонала по п. 42.2 рассматривается после излечения с учетом заключения венеролога.

После излечения от острой и подострой гонореи авиационный персонал признается годным. При осложнениях (эпидидимит, простатит, артриты, воспаление придатков матки) медицинское заключение о годности выносится по статье, соответствующей заболеванию.

Женские болезни и беременность

Статья 43. При хронических гинекологических заболеваниях с остаточными анатомическими дефектами, функциональными расстройствами и болевым синдромом или при частых обострениях воспалительного процесса (2 раза в год и более) авиационный персонал признается негодным. При обострении хронических заболеваний женской половой сферы показано лечение, по окончании которого проводится наблюдение в течение 2 менструальных циклов для решения вопроса о стойкости ремиссии (без отстранения от работы).

Болезни шейки матки (эрозия, эндоцервицит, эрозированный эктропион), трихомонадный кольпит, трихомониаз подлежат лечению с переводом женщин на наземную работу через клинико-экспертную комиссию (КЭК) сроком до трех недель. Обследование бортпроводников проводится без отстранения от летной работы.

Спаечный процесс в малом тазу, отсутствие тела матки, придатков с одной стороны, отсутствие фаллопиевых труб с обеих сторон не являются основанием для отстранения от работы.

При выпадении и опущении половых органов III степени, мочеполовых и кишечно-половых свищах, разрывах промежности с нарушением функции сфинктера заднего прохода авиационный персонал признается негодным к работе.

Опущение стенок влагалища и матки I—II степени без функциональных расстройств не является основанием для дисквалификации. Кандидаты и поступающие на работу бортпроводниками признаются негодными. Вопрос о восстановлении после хирургического лечения рассматривается не ранее чем через 6 месяцев. При неправильном положении матки, ее недоразвитии, двурогой матке с функциональными нарушениями (метроррагия, боли) выносится медицинское заключение о негодности.

Врожденное отсутствие матки, отсутствие и недоразвитие влагалища, не сопровождающееся функциональными нарушениями, не являются основанием для дисквалификации.

Статья 44. Дисфункциональные маточные кровотечения подлежат лечению.

Статья 45. С момента установления беременности авиационный персонал признается негодным к летной, диспетчерской работе, к работе бортпроводником.

При беременности, закончившейся абортом или преждевременными родами, вопрос о допуске к работе решает гинеколог. Отстранение от работы в связи с беременностью и допуск к работе после родов осуществляет ВЛЭК ГА по заключению акушера-гинеколога.

Глазные болезни

Статья 46. К пункту 46.1 относятся: недостаточность и выворот век, частичный трихиаз, трахома I—III степени, язвенные блефариты, хронические конъюнктивиты, не поддающиеся лечению, злокачественные новообразования, доброкачественные опухоли, нарушающие функцию органа зрения и не подлежащие оперативному лечению.

К п. 46.2 относятся: простые блефариты, нерезко выраженные конъюнктивиты, трахома IV стадии с незначительными анатомическими изменениями конъюнктивы век, рак кожи век I степени после излечения (по заключению онколога), доброкачественные опухоли небольших размеров, рубцовые изменения век, не нарушающие функцию органа зрения.

При острых или обострениях хронического заболевания век и конъюнктивы проводится лечение.

Ложная крыловидная плева, пингвекула, небольшой халазион, единичные поверхностные фолликулы на конъюнктиве не препятствуют поступлению в летные учебные заведения.

Статья 47. К пункту 47.1 относятся: сужение, неправильное положение слезных точек, стриктура слезно-носовых канальцев и ходов, воспаление слезного мешка, слезной железы, травматические повреждения и другие заболевания, вызывающие слезотечение.

При восстановлении функции слезоотведения, а также в случаях отсутствия нижней слезной точки, при нормальной функции верхней слезной точки и канальцев (оцениваются канальцевая и носовая пробы) экспертное заключение выносится по п. 47.2.

Статья 48. К пункту 48.1 относятся: отслойка сетчатки, пигментные ретиниты, тяжелые заболевания сосудов, травмы, злокачественные новообразования глаза.

После перенесенного острого заболевания: конъюнктивита, склерита, кератита, ирита, иридоциклита, легких контузий глаза заключение о допуске к работе выносится после выздоровления.

При увеитах, длительно текущих, рецидивирующих иридоциклитах, кератитах, хориоретинитах, невритах, травматических повреждениях глазного яблока с исходом в выздоровление летный состав и бортпроводники подлежат лечению в течение 3—6 месяцев с последующим медицинским освидетельствованием по п. 48.2.

Диспетчеры УВД допускаются к работе после закрытия больничного листа и использования очередного отпуска.

Лица с начальной возрастной катарактой без прогрессирования, ограниченным помутнением хрусталика, стекловидного тела травматического характера, макулодистрофией, начальной непрогрессирующей атрофией зрительного нерва с достаточной сохранностью функции зрения освидетельствуются по п. 48.2.

За достаточную сохранность функций органа зрения принимаются: острота зрения на худшем глазу для пилотов 0,6 без коррекции, штурманов, бортинженеров, бортмехаников — 0,4 без коррекции, для остальных профессий — не ниже 0,3 с коррекцией, нормальное поле зрения, темновая адаптация, устойчивое бинокулярное зрение. Зрительные функции другого глаза должны отвечать требованиям статьи 52.

Летный состав и бортпроводники, перенесшие операцию экстракции катаракты с последующей имплантацией интраокулярной линзы, к летной работе негодны, допуск к работе диспетчером УВД при односторонней артифакии решается не ранее 6 месяцев после операции. При эксимерлазерной терапии не ранее 1,5—3 месяцев в зависимости от метода лечения.

С двусторонней артифакией диспетчеры к работе по УВД негодны.

После кераторефракционных операций освидетельствуемые по графе I (кроме бортпроводников и диспетчеров) и вновь поступающие на летную работу признаются негодными.

Вопрос о допуске к обучению на диспетчера УВД и бортпроводника решается индивидуально с учетом степени близорукости до операции не выше 3,5 D, количества кератотомических насечек не более 10 и изменений глазного дна.

Годность к летной работе решается по п. 48.2 не ранее 12 месяцев после операции, диспетчеров УВД — не ранее 6 месяцев после операции. При этом проводится обследование на сохранность частотно-контрастных характеристик глаза и чувствительности к ослеплению.

Врожденные отложения единичного мелкого пигмента на капсуле хрусталика, остатки артерии стекловидного тела, миелиновые волокна

сетчатки не являются препятствием для поступления в летные учебные заведения.

Врожденные колобомы радужки и сосудистой оболочки, поликория, врожденные катаракты и офтальмологические изменения диска зрительного нерва являются противопоказанием к обучению на летные специальности.

Темновая адаптация исследуется при каждом медицинском освидетельствовании всем лицам по графам I—IV, результаты исследования должны соответствовать нормам, указанным в инструкции используемого прибора.

Статья 49. При подозрении на глаукому проводится медицинское обследование в специализированном отделении. Лица с доброкачественной гипертензией от летной работы не отстраняются. При впервые установленной односторонней открытоугольной 1-а стадии глаукомы с полным сохранением всех зрительных функций глаза и минимальном режиме гипотензивных лекарственных препаратов (до двух раз в день) летный состав и диспетчеры отстраняются от работы сроком не менее месяца для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий и наблюдения с последующим медицинским освидетельствованием в ЦВЛЭК ГА.

Статья 50. Диагноз расстройства цветового зрения выносится с указанием вида, формы и степени нарушения по принятой классификации.

Статья 51. При каждом медицинском освидетельствовании по гр. I—IV исследуется характер зрения, наличие истинного и скрытого косоглазия (гетерофории).

У кандидатов к обучению на летную и диспетчерскую специальности по гр. I угол гетерофории по горизонтали не должен превышать 3 градуса, по вертикали — 1 градус, у авиационного персонала по графам II и IV по горизонтали — не более 4, по вертикали — 1 градус, по графе III — соответственно 8 и 1 градус.

При наличии гетерофории исследуются фузионные резервы. В норме отрицательные фузионные резервы составляют 5—6 градусов (10—12 призменных диоптрий), положительные — 15—20 градусов (30—40 призменных диоптрий). При уменьшении фузионных резервов показаны лечебно-тренировочные мероприятия.

Статья 52. Острота зрения исследуется на проекторе испытательных знаков или по таблице Головина-Сивцева в аппарате Ротта без коррекции и с коррекцией. Указывается истинная острота зрения (2,0—1, 5—1,0).

Пилоты при остроте зрения не ниже 0,6, штурманы, бортинженеры, бортмеханики не ниже 0,4 на каждый глаз без коррекции и с коррекцией 1,0 признаются годными к летной работе.

При понижении остроты зрения на худшем глазу у пилотов не ниже 0,5 (бинокулярная острота зрения не ниже 0,6), у штурманов, бортинженеров, бортмехаников не ниже 0,3 без коррекции и с коррекцией 1,0 с объемом аккомодации, соответствующей возрастной норме, применяется индивидуальная оценка, с учетом профессиональной подготовки и опыта работы.

Летный состав с пониженной остротой зрения и при наличии пресбиопии должен выполнять полеты в корригирующих очках или контактных линзах и иметь при себе запасной комплект. При авиахимработах коррекция контактными линзами не допускается. Наличие и качество очков (линз) контролируется при врачебных осмотрах и очередном медицинском освидетельствовании.

При близорукости в степени 0,5 D, дальнозоркости в ст. 1,0 D, астигматизме 0,5 D и остроте зрения 1,0 без коррекции в медицинских документах в строке “диагноз” указывается “здоров”, а в строке “рефрак-

ция" делается соответствующая запись. В случаях понижения остроты зрения ниже 1,0 в результате аномалии рефракции медицинское освидетельствование проводится по ст. 52.

Статья 53. У поступающих в учебные заведения гражданской авиации (графа I) определяется вид и степень рефракции в условиях циклоплегии объективным способом (закапывается 1% раствор атропина 2 раза через 5 мин.). По остальным графам для определения рефракции циклоплегия проводится при наличии медицинских показаний.

Статья 54. Степень пресбиопии определяется силой сферической линзы, необходимой для выполнения профессиональной деятельности с учетом рабочего расстояния (60—80 см).

Болезни уха, горла, носа, полости рта и челюстей

Статья 55. При кистах гайморовых пазух, кистах и остеомах лобных пазух кандидаты, поступающие в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников, признаются негодными. Остеомы лобных пазух у летного состава при хорошей переносимости полетов не являются противопоказанием к летной работе. Пристеночное утолщение слизистой гайморовых пазух, если диагностическая пункция с контрастным веществом не выявила патологических изменений, не является препятствием к летному обучению. При поллинозе, риноконьюктивальном синдроме вопрос о годности к продолжению летной работы решается после заключения аллерголога.

Статья 56. Статья включает искривление носовой перегородки с полным отсутствием или резким затруднением носового дыхания, дистрофию слизистой верхних дыхательных путей, изменения, вызывающие нарушение дыхательной и речевой функции (гипертрофия носовых раковин, аденоидные вегетации, доброкачественные новообразования, злокачественные образования после лечения), экзостазы наружного слухового прохода, остеомы околоушной области и хронический гнойный мезо- и эпитимпанит после радикальной операции. После оперативного лечения по поводу указанных заболеваний вопрос о годности к работе и обучению решается с учетом восстановления функций по п. 56.2.

После радикальной операции при полной и стойкой эпидермизации послеоперационной полости и сохранности слуховой функции авиационный персонал признается годным.

Перенесшие слуховосстанавливающие операции (тимпанопластика, стапедопластика) признаются негодными по графам I, II, III.

К этой статье относятся и заболевания пародонта, множественное отсутствие зубов, съемные протезы, гингивиты, лейкоплакии, аномалии прикуса. При наличии съемных протезов функция речи оценивается при снятых протезах. При множественном отсутствии зубов с умеренным нарушением функции жевания рекомендуется протезирование в межкомиссионный период. При аномалии прикуса III степени (расстояние между резцами верхней и нижней челюсти в вертикальном и саггитальном направлении более 10 мм) и II степени (от 6 до 10 мм) экспертное заключение выносится по п. 56.1. Аномалия прикуса I степени (расстояние между резцами менее 5 мм) относится к п. 56.2.

Статья 57. Летный состав с декомпенсированным тонзиллитом подлежит лечению. Летный состав после оперативного лечения хронического декомпенсированного тонзиллита при отсутствии осложнений допускается к летной работе не ранее чем через месяц после операции.

Компенсированный хронический тонзиллит подлежит наблюдению отоларинголога и лечению по показаниям.

Статья 58. Авиационный персонал с заболеваниями, указанными в статье, подлежит специальному лечению. Вопрос о восстановлении на работу после лечения по поводу злокачественных образований рассматривается через 2 года с учетом заключения онколога.

Статья 59. Статья предусматривает расстройства речи: нарушение звукопроизношения и заикание. При любой степени заикания кандидаты к обучению на пилота, штурмана, бортинженера, диспетчера, бортпроводника признаются негодными. При нарушении произношения отдельных звуков, но с четкой разборчивой речью кандидаты признаются годными. Экспертное заключение выносится после консультации логопеда.

Статья 60. Пункт 60.1 предусматривает состояние после радикальной операции с неполной эпидермизацией операционной полости (при наличии в ней гноя, полипов, грануляций или холеостеатомы).

При одностороннем хроническом доброкачественно протекающем эпитимпаните (без грануляций, полипов, кариеса кости, признаков раздражения лабиринта), мезотимпаните вопрос о годности рассматривается по п. 60.2.

К п. 60.2 относится хронический катар среднего уха (хронический тубоотит) с редкими обострениями и умеренным нарушением слуха и барофункции, что не является противопоказанием к летной работе. Медицинское заключение выносится с учетом остроты слуха. Небольшие рубцы без истончения на месте перфорации, известковые отложения на барабанной перепонке (при хорошей ее подвижности, нормальном слухе, подтвержденном аудиограммой, и сохранности барофункции) не дают основания для установления диагноза.

Статья 61. Стойкость и выраженность нарушения барофункции уха должна быть подтверждена ушной манометрией, отоскопированием, продуванием ушей или катетеризацией.

Расстройство барофункции уха может быть следствием нарушения проходимости Евстахиевой трубы или результатом недостаточности бароаккомодационных механизмов уха к действию перепада давления воздуха.

Медицинское заключение по пункту 61.2 выносится после лечения с учетом формы нарушения барофункции (органическое или функциональное).

Статья 62. О состоянии статокинетической устойчивости у лиц летного состава судят по вестибулярному анамнезу, результатам вестибулометрии (исследования на вращающемся кресле), по переносимости длительных полетов.

Легкие вестибуловегетативные реакции (незначительное побледнение, небольшой гипергидроз) во время вестибулометрии при хорошей переносимости полетов и отсутствии отклонений в состоянии здоровья не являются основанием для установления диагноза.

Статья 63. Кандидаты, поступающие в учебные заведения гражданской авиации, и наземный состав, поступающий на летную работу бортинженером, бортмехаником, бортрадистом, бортпроводником, должны воспринимать шепотную речь на басовую и дискантную группу слов с расстояния не менее 6 метров и иметь пороги слуха до 10 дБ по всему диапазону частот при аудиометрии.

К данной статье относится и отосклероз. Страдающие отосклерозом и перенесшие слуховосстанавливающую операцию, признаются негодными по всем графам независимо от результатов лечения.

При определении слуховой функции применяются методы исследования: акуметрия шепотом, исследование камертонами, тональная пороговая аудиометрия, речевая аудиометрия.

При вынесении медицинского заключения за основу принимаются худшие показатели остроты слуха, независимо от того, относятся они к басовой или дискантной группе слов. При этом нужно дифференцировать кохлеарный неврит от других заболеваний органа слуха и при возможности указать этиологию неврита (постинфекционный, постинтоксикационный, посттравматический, шумовой, на фоне общего атеросклероза, гипертонической болезни и т.п.). Изолированное повышение порогов для частот 4000—8000 Гц до 30—40 дБ не служит основанием для установления клинического диагноза. Эти лица подлежат наблюдению у отоларинголога.

Летному составу с кохлеарным невритом любой этиологии запрещается продление месячной нормы летного времени.

При допуске к летной работе с предельно допустимой остротой слуха авиационный персонал должен предоставить акты проверки качества ведения двустороннего радиообмена.

Приложение № 7
к ФАП МО ГА-2002

Заполняется кандидатом на получение медицинского заключения

ЗАЯВЛЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Домашний адрес _____

3. Дата рождения _____

_____ пол _____

4. Вид медицинского заключения _____

5. Место работы _____

6. Занимаемая должность _____

(для лиц летного состава — тип воздушного судна)

7. Общее летное время _____ час., за последний год _____ час.

8. Длительность работы по данной профессии _____ лет

9. Дата предыдущего освидетельствования во ВЛЭК ГА _____

10. Имелись ли за предшествующий межкомиссионный период:

— случаи отстранения от работы по состоянию здоровья?

Да Нет	Дата отстранения

— факты применения лекарственных средств?

Да Нет	Тип лекарства Цель (причина применения)

Приложение № 7
к ФАП МО ГА-2002

Оборотная сторона

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ ЗА ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ МЕЖКОМИССИОННЫЙ ПЕРИОД

(заполняется авиационным персоналом путем подчеркивания слов "Да" и "Нет". При необходимости подробное изложение ответа делается в графе "Примечание")

	Примечание к пп. 1—13
1. Наличие частых или сильных головных болей	Да Нет
2. Приступы головокружения или случаи обморока	Да Нет
3. Аллергическая реакция (на какой аллерген?)	Да Нет
4. Зрительное нарушение или иллюзии	Да Нет
5. Нарушение сердечной деятельности	Да Нет
6. Потеря сознания по любой причине	Да Нет
7. Расстройства органов слуха	Да Нет
8. Повышение или понижение артериального давления	Да Нет
9. Расстройства функции желудка или кишечника	Да Нет
10. Расстройства функции мочевыделения	Да Нет
11. Нервные расстройства любого типа	Да Нет
12. Расстройства других органов и систем	Да Нет
13. Стационарное или амбулаторное лечение по поводу заболевания (какого?)	Да Нет

Я, _____, свидетельствую, что все данные
(Фамилия, имя, отчество освидетельствуемого)
и ответы, изложенные в настоящем заявлении, являются достоверными и полными в пределах моей осведомленности и могут быть основанием для проведения медицинского освидетельствования и вынесения медицинского заключения ВЛЭК ГА.

"__"_____ 200__ г. _____
(личная подпись)

Приложение № 8
к ФАП МО ГА-2002

ЖУРНАЛ ПРОТОКОЛОВ
ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА)

Протокол заседания ВЛЭК ГА № _____ от "__"_____ 20 __ г.

Председатель _____ Члены _____

№ п/п	Ф.И.О.	Год рожд.	Должность, место работы, общее летное время (час.)	Повод для освидетельствования	Жалобы, клинический диагноз	Медицинское заключение, лечебно-оздоровительные мероприятия
1	2	3	4	5	6	7

Председатель ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) _____ (подпись)

Члены: _____ (подписи)

_____

М.П.

Примечания: 1. На кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации, ведется отдельный журнал протоколов, в графе 4 указывается наименование учебного заведения гражданской авиации.

2. Номера протоколов ведутся с 1 января каждого года, порядковые номера в графе 1 указываются дробью: в числителе номер с начала года, в знаменателе номер на каждый день освидетельствования во ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА).

3. В графе 7 указываются все рекомендации и предписания ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА), вынесенные по результатам медицинского освидетельствования.

4. Страницы журнала нумеруются и прошнуровываются. Журнал хранится у председателя ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) как документ ДСП.

5. Журнал протоколов ВЛЭК ГА (ЦВЛЭК ГА) хранится тридцать лет, а на кандидатов, поступающих в учебные заведения по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников, хранится три года.

Приложение № 9
к ФАП МО ГА-2002

Порядок утверждения медицинского заключения в ЦВЛЭК ГА

ВЛЭК ГА, выносящая заключение	Категория авиационного персонала	Заключение, подлежащее утверждению
Все ВЛЭК ГА	Кандидаты из числа иностранных граждан, поступающие в учебные заведения гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, бортпроводников	Негоден к обучению
ВЛЭК учебных заведений гражданской авиации	Курсанты учебных заведений гражданской авиации по подготовке пилотов, штурманов, бортинженеров, диспетчеров, бортпроводников	Негоден к обучению
Все ВЛЭК ГА	Пилоты коммерческой авиации (самолет и вертолет), линейные пилоты авиакомпаний (самолет и вертолет), штурманы, бортинженеры	Негоден к летной работе
Все ВЛЭК ГА	Пилоты коммерческой авиации (самолет и вертолет), линейные пилоты авиакомпаний (самолет и вертолет), штурманы, бортинженеры	Годен к летной работе (при восстановлении ранее признанных негодными к летной работе)

Приложение № 10
к ФАП МО ГА-2002

Штамп ВЛЭК ГА

Справка ВЛЭК ГА
о медицинском освидетельствовании № _____

Выдана _____
(Ф.И.О., год рождения)

в том, что ему (ей) отказано в выдаче медицинского заключения из-за несоответствия Требованиям ФАП МО ГА-2002: статья _____

_____ графа _____

Рекомендации: _____

Повторное освидетельствование не рекомендовано,
рекомендовано через _____ месяцев (ненужное вычеркнуть)

Отказ в выдаче медицинского заключения может быть опротестован в установленном порядке.

Дата выдачи справки "__"_____ 200 _ г.

Председатель ВЛЭК ГА (подпись)

М.П.

Штамп ВЛЭК ГА В отдел кадров _____
(наименование авиапредприятия)

Извещение № ____
об отказе в выдаче медицинского заключения

Гр-ну _____
(Ф.И.О. освидетельствуемого)

отказано в выдаче медицинского заключения о годности к летной работе, работе бортоператором, бортпроводником, диспетчером УВД, пилотом АОН из-за несоответствия Требованиям ФАП МО ГА-2002 (ст. _____ _____).

"___" _____ 200 __ г.

Председатель ВЛЭК ГА (подпись)

М.П.

Приложение № 11
к ФАП МО ГА-2002

Штамп с наименованием
учреждения

НАПРАВЛЕНИЕ

в ЦВЛЭК ГА (госпитализацию, консультацию) летного состава, диспетчеров УВД, бортпроводников, бортоператоров, курсантов (слушателей) учебных заведений гражданской авиации

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Год рождения _____ Должность _____

Тип воздушного судна _____

Межрегиональное территориальное управление, авиапредприятие

_____

Домашний адрес _____

Направляется лично (медицинская документация)

_____
(куда)

Цель направления _____

_____

Диагноз _____

_____

Медицинское заключение последней ВЛЭК ГА от "__" _____ 200 __ г.

Приложения: 1. Медицинская книжка _____ экз.

2. Медицинские карты _____ экз.

3. Свидетельство о болезни _____ экз.

4. Выписки, консультативные листы и др. медицинская документация _____ на _____листах

ЭКГ пленки _____ шт.

_____

Подпись врача _____
(должность, фамилия)

"__" _____ 200__ г.

Данные консультации (решение о госпитализации)

Подпись врача _____
(должность, фамилия)

"__" _____ 200__ г.

Приложение № 12
к ФАП МО ГА-2002

Штамп с наименованием
ВЛЭК ГА

СВИДЕТЕЛЬСТВО О БОЛЕЗНИ
№ _____

"__" _____ 200 __ г. ВЛЭК ГА _____
_____ освидетельствован
(полное наименование ВЛЭК ГА)

1. Фамилия, имя, отчество _____
(полностью)

2. Год рождения _____ Место работы _____

3. Должность _____, тип воздушного судна _____

4. Место постоянного жительства
_____

5. С какого времени на летной работе _____, общее летное время _____

6. Когда и какое учебное заведение окончил _____
_____

7. Дата предыдущего медицинского освидетельствования и заключение ВЛЭК ГА
_____
_____

8. Рост _____, масса тела _____, окружность груди _____

9. Жалобы _____
_____

10. Анамнез _____
(указать при каких обстоятельствах и когда получена травма)

11. Перенесенные заболевания
_____
_____

12. Находился на лечении, обследовании _____
(указать лечебные учреждения
_____
и время пребывания в них)

13. Применявшиеся лечебные мероприятия _____
_____

14. Находился на санаторном (реабилитационном) лечении в межкомиссионный период) _____
_____
(указать. где, когда и результаты лечения)

15. Находился на больничном листе в межкомиссионный период _____

_____

(указать по поводу какого заболевания или травмы и число дней)

16. Данные объективного обследования (по всем органам и системам) _____

_____

17. Результаты специальных исследований (лабораторного, рентгенологического, ЭКГ и др.)

_____

_____

18. Диагноз (на русском языке)

_____

_____

19. Медицинское заключение ВЛЭК ГА:
На основании статьи _____, графы _____ Требований ФАП МО ГА-2002 _____

_____

(полностью указать медицинское заключение ВЛЭК ГА)

20. Лечебно-профилактические и другие рекомендации ВЛЭК ГА _____

_____

21. Цель направления в ЦВЛЭК ГА _____

_____

Приложение: медицинская документация.

Председатель ВЛЭК ГА _____

(подпись)

М.П.

Дата направления в ЦВЛЭК ГА "__" _____ 200__ г.

Заключение ЦВЛЭК ГА: _____

_____

Рекомендации:

_____

_____

"__" _____ 200 __ г.

Председатель ЦВЛЭК ГА _____

(подпись)

М.П.

Приложение № 13
к ФАП МО ГА-2002

СОГЛАСОВАНО
Руководитель авиапредприятия
_____
"__" _____ 200 __ г.

УТВЕРЖДАЮ
Председатель ВЛЭК ГА
_____
"__" _____ 200 __ г.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ АКТ

по результатам медицинского освидетельствования летного состава, диспетчеров УВД, бортпроводников, бортоператоров и пилотов АОН _____ авиапредприятия, организации гражданской авиации, проведенного ВЛЭК ГА _____ в период с "__" _____ по "__" _____ 200 __ г.

1. Признаны негодными			
№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Причины
2. Нуждаются в лечении (оздоровлении) с последующим медицинским освидетельствованием во ВЛЭК ГА			
№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Рекомендации ВЛЭК ГА
3. Подлежат лечению (оздоровлению) в межкомиссионный период			
№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Рекомендации ВЛЭК ГА

Врач авиационного предприятия _____
(подпись)

Примечание: Заключительный акт составляется в трех экземплярах (для врача авиационного предприятия, председателя ВЛЭК ГА и руководства авиационного предприятия). В учебных заведениях гражданской авиации заключительный акт составляется отдельно на летный состав и курсантов.

Приложение № 14
к ФАП МО ГА-2002

ТРЕБОВАНИЯ

к состоянию здоровья членов экипажей гражданских воздушных судов Российской Федерации и диспетчеров УВД на предполетном контроле и перед заступлением на дежурство

1. Допуск к полетам (управлению воздушным движением) по состоянию здоровья членов экипажей гражданских воздушных судов Российской Федерации и диспетчеров управления воздушным движением осуществляется на предполетном (предсменном) медицинском осмотре в ходе предполетного (предсменного) контроля готовности к полетам.

Предполетный медицинский осмотр членов экипажей гражданских воздушных судов и предсменный медицинский осмотр диспетчеров управления воздушным движением (далее — диспетчер УВД) перед заступлением на дежурство (далее — предполетный (предсменный) медицинский осмотр) проводится медицинскими работниками гражданской авиации (врач, фельдшер) в помещении здравпункта аэропорта (эксплуатанта).

1.1. Предполетный (предсменный) медицинский осмотр направлен на своевременное выявление лиц, которые по состоянию здоровья не могут быть допущены к выполнению полета, а диспетчеры УВД — к управлению воздушным движением.

1.2. Предполетный (предсменный) медицинский осмотр проводится в индивидуальном порядке. Во время осмотра присутствие других членов экипажа (диспетчеров УВД) и посторонних лиц не допускается.

Перед проведением предполетного (предсменного) медицинского осмотра дежурный медицинский работник гражданской авиации проверяет у членов экипажа, диспетчеров УВД свидетельство авиационного специалиста гражданской авиации и медицинское заключение ВЛЭК ГА.

1.3. Предполетный (предсменный) медицинский осмотр проводится:
членам экипажей воздушного судна;
проверяющим, включенным в задание на полет;
пилотам авиации общего назначения;
диспетчерам УВД;
инструкторам парашютной службы, парашютистам;
слушателям командного факультета Академии гражданской авиации;
курсантам учебных заведений гражданской авиации;
авиационному персоналу, включенному в задание на полет.

1.4. Предполетный медицинский осмотр члены летного и кабинного экипажей проходят перед началом полетов, но не ранее чем за 2 часа до вылета.

1.5. Бортинженерам (бортмеханикам), бортпроводникам, выполняющим специальные полеты, разрешается проходить предполетный медицинский осмотр за 3,5 часа до вылета.

1.6. При задержке вылета на 6 часов и более предполетный медицинский осмотр проводится повторно.

1.7. Предполетный медицинский осмотр членов экипажа гражданского воздушного судна, выполняющего в течение рабочего времени несколько рейсов, проводится один раз перед вылетом.

1.8. Резервные экипажи проходят медицинский осмотр перед заступлением в резерв, а также перед вылетом, если с момента прохождения медицинского осмотра прошло 6 часов и более.

1.9. При выполнении полетов на авиационных работах с временных аэродромов, где отсутствуют штатные медицинские работники гражданской авиации, а также перед вылетом с иностранного аэродрома (при

выполнении международных полетов) предполетный медицинский осмотр не проводится. Решение о допуске членов летного и кабинного экипажей к полетам принимает командир воздушного судна.

1.10. Послеполетный (послесменный) медицинский осмотр членов летного и кабинного экипажей, диспетчеров УВД проводится по медицинским показаниям.

1.11. Весь персонал смены УВД проходит предсменный медицинский осмотр перед заступлением на дежурство. Руководитель полетов медицинский осмотр проходит последним и обеспечивает своевременную явку на предсменный медицинский осмотр персонала всей смены УВД.

1.12. Медицинский осмотр инструкторов парашютной службы (парашютистов), выполняющих в течение рабочего времени несколько прыжков, проводится один раз, но не ранее чем за 1 час перед первым прыжком.

1.13. Предполетный медицинский осмотр слушателей командного факультета Академии гражданской авиации, курсантов учебных заведений гражданской авиации, выполняющих в течение летного дня несколько полетов, проводится один раз, но не ранее чем за 2 часа перед первым полетом.

1.14. Медицинский осмотр авиационного персонала, включенного в задание на полет, проводится вместе с членами экипажа с предъявлением медицинского заключения о допуске по состоянию здоровья для полетов на воздушных судах от медицинского учреждения гражданской авиации.

1.15. Членам экипажей воздушных судов других видов авиации предполетный медицинский осмотр проводится медицинскими работниками гражданской авиации в соответствии с настоящими Требованиями.

1.16. Авиационные специалисты, перечисленные в п. 1.3, в случае заболевания, плохого самочувствия, недостаточного предполетного (предсменного) отдыха докладывают о своем состоянии по команде и обращаются за медицинской помощью.

1.17. Члены экипажа гражданского воздушного судна, диспетчеры УВД, авиаспециалисты, участвующие в полете, не прошедшие предполетный (предсменный) медицинский осмотр, медицинское освидетельствование во ВЛЭК ГА, полугодовые (годовые) медицинские осмотры у врача аэропорта (эксплуатанта), а также в случае установления у них факта употребления алкогольных напитков, наркотических средств, нарушения предполетного (предсменного) режима к выполнению полета (дежурству) не допускаются.

2. Предполетный (предсменный) медицинский осмотр включает:

2.1. Опрос, при котором должны быть выяснены жалобы на состояние здоровья, условия предполетного (предсменного) отдыха, продолжительность и качество сна, режим питания. Оценивается речь, мимика, эмоциональное состояние (спокойное, заторможенное, возбужденное).

2.2. Осмотр включает: определение отклонений от обычного поведения, внешнего вида, окраски и состояния кожных покровов (бледность, гиперемия, акроцианоз, желтушность склер, отек век и т.д.), осмотр миндалин, слизистой мягкого и твердого неба задней стенки глотки, языка, реакции зрачков на свет, а также соответствие летного обмундирования условиям полета.

2.3. Исследование пульса проводят пальпацией лучевой артерии. Определяют его частоту, ритм, напряжение, наполнение, величину, форму в течение 30 секунд с пересчетом на 1 минуту. Летный состав допускается к полетам, диспетчер УВД к дежурству при частоте пульса не более 96 ударов в минуту и не менее 55 ударов в минуту.

В случае, когда частота пульса, выходящая за вышеуказанные пределы, является индивидуальным вариантом нормы, допуск к полетам (управлению воздушным движением) осуществляется на основании записи об этом председателя врачебно-летной экспертной комиссии на оборотной стороне медицинского заключения в графе "Заключение".

2.4. Членам экипажей, выполняющим специальные полеты, дополнительно проводится измерение артериального давления и температуры тела.

2.5. По показаниям проводятся дополнительные исследования: измерение артериального давления, температуры тела, освидетельствование для установления факта употребления алкогольных напитков, наркотических средств.

2.6. Летный состав допускается к полетам, диспетчер УВД к дежурству при артериальном давлении не более 140/90 мм рт. ст. и не менее 100/60 мм рт. ст. В случае, когда величина артериального давления, выходящая за вышеуказанные пределы, является индивидуальным вариантом нормы, допуск к полетам (управлению воздушным движением) осуществляется на основании записи об этом председателя врачебно-летной экспертной комиссии на оборотной стороне медицинского заключения в графе "Заключение".

3. Оформление документации.

3.1. Журнал предполетного (предсменного) медицинского осмотра (приложения № 1 и 2):

записи ведет дежурный медицинский работник гражданской авиации, заполняя все графы журнала;

при отсутствии жалоб на состояние здоровья член экипажа (диспетчер УВД), авиационный специалист, участвующий в полете, расписываются в графе "Подпись члена экипажа (диспетчера УВД)";

при отсутствии жалоб, объективных признаков заболевания в ходе медицинского осмотра, утомления и нарушения предполетного (предсменного) режима отдыха дежурный медицинский работник гражданской авиации делает запись о допуске к полету (управлению воздушным движением) и расписывается.

Журнал должен быть прошнурован, страницы пронумерованы, подписан руководителем медицинского учреждения гражданской авиации и скреплен печатью.

3.2. После прохождения медицинского осмотра последним членом экипажа дежурный медицинский работник гражданской авиации в задание на полет ставит штамп с наименованием здравпункта аэропорта (эксплуатанта), вписывает число, месяц, часы и минуты (время местное), количество членов экипажа и авиационного персонала, допущенных к полету, и расписывается.

Медицинский работник гражданской авиации не имеет права делать дополнительные записи или исправления в задании на полет.

3.3. В случае отстранения от полета (управления воздушным движением) при наличии жалоб, заболевания, утомления, недостаточного предполетного (предсменного) отдыха, установления факта употребления алкогольных напитков или наркотических средств медицинский работник делает запись в журнале отстранения от полетов (дежурства) (приложение № 3), выдает справку об отстранении от полета (дежурства) (приложение № 4), докладывает руководителю полетов, диспетчеру аэродромно-диспетчерского пункта и направляет в лечебное учреждение.

3.4. В случае подозрения на употребление членом экипажа (диспетчером УВД) алкогольных напитков, наркотических средств проводится медицинское освидетельствование в установленном порядке.

3.5. Сведения о результатах предполетного (предсменного) медицинского осмотра в соответствии с приложением № 5 ежегодно к 1 февраля представляются медицинским учреждением гражданской авиации в отдел авиационной медицины и охраны труда Управления персонала и учебных заведений гражданской авиации Минтранса России.

Приложение № 1

к Требованиям к состоянию здоровья членов экипажей гражданских воздушных судов Российской Федерации и диспетчеров УВД на предполетном контроле и перед заступлением на дежурство

Аэропорт _____

Организация _____

Структурное подразделение _____

ЖУРНАЛ № ____

предполетного медицинского осмотра членов экипажей гражданских воздушных судов

Начало ведения журнала _____

Окончание ведения журнала _____

Номер по порядку	Дата и время осмотра, ч. мин.	Фамилия, инициалы	Должность	Номер рейса по вылету	Дата и время вылета (план), ч. мин.	Номер борта	Дата и время последнего прилета, ч. мин.
1	2	3	4	5	6	7	8

Жалобы	Подпись члена экипажа	Частота пульса	Состояние слизистых и зева	По показаниям			Заключение	Должность и подпись медицинского работника
				проверка носового дыхания	температура	артериальное давление		
9	10	11	12	13	14	15	16	17

В этой книге пронумеровано
и прошнуровано _____ страниц
прописью

и опечатано печатью
М.П. _____ _____ _____
должность подпись расшифровка подписи

"__"_____ 20__ г.

Приложение № 2

к Требованиям к состоянию здоровья членов экипажей гражданских воздушных судов Российской Федерации и диспетчеров УВД на предполетном контроле и перед заступлением на дежурство

Аэропорт _____

Организация _____

Структурное подразделение _____

ЖУРНАЛ № ____

предсменного медицинского осмотра диспетчеров УВД

Начало ведения журнала _____

Окончание ведения журнала _____

Номер по порядку	Дата и время осмотра, ч. мин.	Фамилия, инициалы	Должность	Жалобы	Подпись диспетчера
1	2	3	4	5	6

Частота пульса	Состояние слизистых и зева	Заключение	Должность и подпись медицинского работника
7	8	9	10

В этой книге пронумеровано
и прошнуровано _____ страниц
прописью

и опечатано
М.П. _____ _____ _____
должность подпись расшифровка подписи

"__"_____ 20 __ г.

Приложение № 3

к Требованиям к состоянию здоровья
членов экипажей гражданских
воздушных судов Российской Федерации
и диспетчеров УВД на предполетном
контроле и перед заступлением
на дежурство

Аэропорт _____

Организация _____

Структурное подразделение _____

ЖУРНАЛ № ____

отстранения от полетов (дежурств)

Начало ведения журнала _____

Окончание ведения журнала _____

Номер по порядку	Дата и время осмотра, ч. мин.	Фамилия, имя, отчество	Должность	Наименование организации или подразделения	Причина отстранения от полетов (дежурств)	Должность и подпись медицинского работника
1	2	3	4	5	6	7

Куда направлен отстраненный	Когда и кому сообщено об отстранении	Когда и кем допущен к летной работе (дежурству)
8	9	10

В этой книге пронумеровано
и прошнуровано _____ страниц
прописью

и опечатано
М.П. _____ _____ _____
должность подпись расшифровка подписи

"__"_____ 20__ г.

Приложение № 4

к Требованиям к состоянию здоровья
членов экипажей гражданских
воздушных судов Российской Федерации
и диспетчеров УВД на предполетном
контроле и перед заступлением
на дежурство

Штамп медицинского учреждения

СПРАВКА № ___

об отстранении от полета (дежурства)

_____

фамилия, инициалы, должность, наименование организации
или структурного подразделения

отстранен от полета (дежурства) на предполетном (предсменном) медицинском осмотре

"__" _____ 20 __ г. _____ ч. _____ мин.

Предварительный диагноз _____

_____

Краткие объективные данные _____

_____

_____

_____

_____

Дата явки к врачу_____ "__" _____ 20 __ г.
наименование лечебного учреждения

_____ _____ _____

должность подпись расшифровка подписи

"__" _____ 20 __ г.

Треугольный штамп для справок

Приложение № 5

к Требованиям к состоянию здоровья членов экипажей гражданских воздушных судов Российской Федерации и диспетчеров УВД на предполетном контроле и перед заступлением на дежурство

Организация
Структурное подразделение

Дата составления
"___" _____ ___ г.

СВЕДЕНИЯ

о предполетных медицинских осмотрах летного состава, бортпроводников, бортоператоров, диспетчеров УВД, инженерно-технического персонала за 20___ год

Наименование показателя	Командно-летный состав	Самолеты		Вертолеты		Штурманы	Бортинженеры, бортмеханики, бортрадисты	Всего летного состава	Бортпроводники	Бортоператоры	Диспетчеры УВД	Инженерно-технический персонал, менеджеры
		КВС	2-е пилоты	КВС	2-е пилоты							
Осмотрено, чел.												
Отстранено, чел., всего,												
из них в связи с:												
- острым заболеванием												
- обострением хронического заболевания												
- недостаточным предполетным отдыхом												
- непрохождением квартального медицинского осмотра												
- употреблением алкоголя												
- прочим причинам												

Руководитель подразделения _____ _____
подпись расшифровка подписи

gost.e-ecolog.ru