



SEAFARER MEDICAL CERTIFICATE  
მეზღვაურის სამედიცინო მოწმობა

Surname/გვარი:	Name/სახელი:	ID №/ პირადი №:	Seafarer№/მეზღვაურის №:
Date and Place of Birth / დაბადების თარიღი და ადგილი: Day / Month / Year - რიცხვი / თვე / წელი Country, City / ქვეყანა, ქალაქი		Nationality / მოქალაქეობა:	Gender / სქესი: <input type="checkbox"/> Male / მამრ. <input type="checkbox"/> Female / მდედრ.

ID checked at the point of examination / გამოკვლევის დროს შემოწმდა პირადობის მოწმობა  Yes / დიახ;  No / არა

Position on Board Vessel / გემზე დაკავებული თანამდებობა: <input type="checkbox"/> Master / კაპიტანი <input type="checkbox"/> Radio Off. / რადიო ოფ. <input type="checkbox"/> Mate / თანამემწე <input type="checkbox"/> Rating / რიგითი _____ <input type="checkbox"/> Engineer / მექანიკოსი <input type="checkbox"/> Other / სხვა _____ <input type="checkbox"/> El. Tech Off. / ელ-ტექ ოფ.	Actual Address / ფაქტიური მისამართი:
---	--------------------------------------

SEAFARER MEDICAL EXAMINATION RESULTS / მეზღვაურის სამედიცინო გამოკვლევის შედეგები

VISION ACUITY / მხედველობის სიმახვილე		COLOR TEST / ფერთა აღქმა	HEARING / ყურთასმენა
Unaided შეუიარაღებელი	Aided მაკორეგ. საშუალებით	<input type="checkbox"/> BOOK / წიგნი <input type="checkbox"/> LANTERN / შუქჩრდილები	RIGHT EAR / მარჯვენა ყური
RIGHT EYE მარჯვენა თვალი		Yellow ყვითელი <input type="checkbox"/> Red წითელი <input type="checkbox"/> Green მწვანე <input type="checkbox"/> Blue ლურჯი <input type="checkbox"/>	LEFT EAR / მარცხენა ყური
LEFT EYE მარცხენა თვალი			

BLOOD TYPE სისხლის ჯგუფი	EYE COLOR თვალის ფერი	HEIGHT (cm) სიმაღლე (სმ)
-----------------------------	--------------------------	-----------------------------

Visual acuity meets standards in STCW Code, Section A-I/9?  
მხედველობა აკმაყოფილებს STCW კოდექსის A-I/9 ნაწილის სტანდარტებს?  
 Yes / დიახ  Unaided / შეუიარაღებელი თვალით  
 No / არა  Aided / მაკორეგირებელი საშუალებით

Color vision meets the standards in STCW Code, Section A-I/9?  
ფერთა აღქმა აკმაყოფილებს STCW კოდექსის A-I/9 ნაწილის სტანდარტებს?  
 Yes / დიახ  No / არა  
Date of last color vision test / ფერთა აღქმის ტესტის თარიღი

Hearing meets the standards in STCW Code, section A-I/9?  
ყურთასმენა აკმაყოფილებს STCW კოდექსის A-I/9 ნაწილის სტანდარტებს?  
 Yes / დიახ;  No / არა

Unaided hearing satisfactory?  
ყურთასმენა მაკორეგირებელი საშუალებების გარეშე დამაკმაყოფილებელია?  
 Yes / დიახ;  No / არა

Fit for Look-Out duties?  
შეუძლია აწარმოოს სანავიგაციო მეთვალყურეობა (წინმაყურებელი)?  
 Yes / დიახ;  No / არა

Is the seafarer free from any disease likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarer unfit for such service or to endanger the health and safety of other persons on board?  
მეზღვაურს არ გააჩნია ისეთი დაავადება, რომელიც შეიძლება გამწვავდეს ზღვაზე საქმიანობისას, ან სამსახურისთვის გამოუსადეგარი გახადოს მეზღვაური, ან საფრთხეს შეუქმნის გემზე მყოფი სხვა პირების ჯანმრთელობასა და უსაფრთხოებას?  
(If No, make explanation on back page / უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში გააკეთეთ განმარტება უკანა გვერდზე)  
 Yes / დიახ;  No / არა

AS A RESULT OF EXAMINATION, I DECLARE THAT SEAFARER / გამოკვლევის შედეგად, ვაცხადებ, რომ მეზღვაური SEAFARER FOUND TO BE  FIT /  NOT FIT TO PERFORM FUNCTIONS APPROPRIATE TO THE POSITION  
 შრომისუნარიანია /  შრომისუნაროა თანამდებობით გათვალისწინებული ფუნქციების შესარულებლად

Limitations or restrictions on fitness?  
გამოვლინდა საქმიანობასთან დაკავშირებული ფიზიკური შეზღუდვები?  
 Yes / დიახ;  No / არა

Restrictions (if any) / შეზღუდვები (არსებობის შემთხვევაში) \_\_\_\_\_

Name of Medical Practitioner: უფლებამოსილი ექიმის სახელი, გვარი: _____ _____	Date of Examination: შემოწმების თარიღი: _____
Signature and Stamp of Medical Practitioner: უფლებამოსილი ექიმის ხელმოწერა და ბეჭედი: _____	Expiry Date: მოქმედების ვადა: _____
I am in knowledge of the content of the Medical Certificate and of the right to a review in accordance with legislation გავცეანი სამედიცინო მოწმობის შინაარსს და მისი გადასინჯვის უფლებას კანონმდებლობის შესაბამისად	
Name of Seafarer: მეზღვაურის სახელი, გვარი: _____	Confirm by Signature: ვადასტურებ ხელმოწერით: _____ Date / თარიღი: _____

ADDITIONAL INFORMATION / დამატებითი ინფორმაცია	
Is the seafarer suffering from communicable disease? მეზღვაურს გამოუვლინდა გადამდები დაავადებები?	<input type="checkbox"/> Yes /დიახ; <input type="checkbox"/> No /არა
Is seafarer vaccinated in accordance with WHO recommendations? მეზღვაურს ჩატარებული აქვს ვაქცინაცია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად?	<input type="checkbox"/> Yes /დიახ; <input type="checkbox"/> No /არა
If yes, please indicate the date / მიუთითეთ თარიღი (დადებითი პასუხის შემთხვევაში) : _____	
Is the seafarer able to demonstrate adequate speech to communicate effectively? მეზღვაურს გააჩნია ეფექტური კომუნიკაციის დამყარებისთვის ადეკვატური მეტყველება?	<input type="checkbox"/> Yes /დიახ; <input type="checkbox"/> No /არა
Is seafarer taking any non-prescription or prescription medications? მეზღვაური ღებულობს მედიკამენტ(ებ)ს ექიმის დანიშნულებით ან დანიშნულების გარეშე?	<input type="checkbox"/> Yes /დიახ; <input type="checkbox"/> No /არა
If yes, please indicate the name of medications. მიუთითეთ მედიკამენტი (დადებითი პასუხის შემთხვევაში) _____ _____	

**ANY ALLERGIES AND OTHER VITAL INFORMATION**  
**ალერგიები, ან ვიტალურ ფუნქციასთან დაკავშირებული სხვა ინფორმაცია:**

---



---



---



---

**ADDITIONAL COMMENTS OF DOCTOR / ექიმის დამატებითი შენიშვნები:**

---



---



---

Name of Medical Centre:  
 სამედიცინო დაწესებულების დასახელება: \_\_\_\_\_

Signature of the Head of Medical Centre, Date:  
 სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის  
 ხელმოწერა, თარიღი: \_\_\_\_\_

Stamp of Medical Centre  
 სამედიცინო დაწესებულების ბეჭედი

*This Medical Certificate has been issued in accordance with the provisions of the International Convention on STCW 1978, as amended, Regulation I/9. ეს სამედიცინო სერტიფიკატი გაცემულია „მეზღვაურთა მოზადების, დიპლომირებისა და ვახტის გაწევის შესახებ“ 1978 წლის საერთაშორისო კონვენციისა და ცვლილებების, I/9 რეგლამენტის დებულებების მიხედვით.*