

قرارات

وزارة النقل

قرار رقم ١٩٠ لسنة ٢٠٢٠

صادر فى ٢٠٢٠/٣/١٦

وزير النقل

بعد الاطلاع على القانون رقم ٦١ لسنة ١٩٦٣ بإصدار قانون الهيئات العامة ؛
وعلى القانون رقم ١٢ لسنة ١٩٦٤ بإنشاء المؤسسة المصرية العامة للنقل
البحرى وتعديلاته ؛
وعلى القانون رقم ٤٢ لسنة ١٩٦٧ فى شأن التفويض فى بعض الاختصاصات ؛
وعلى القانون رقم ٤ لسنة ١٩٩٤ بشأن البيئة وتعديلاته ؛
وعلى قرار رئيس الجمهورية رقم ٥٧ لسنة ٢٠٠٢ بتنظيم وزارة النقل ؛
وعلى قرار رئيس الجمهورية رقم ٣٩٩ لسنة ٢٠٠٤ بإنشاء الهيئة المصرية
لسلامة الملاحة البحرية ؛
وعلى قرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٣٤٥٣ لسنة ٢٠١٧ بإعادة تشكيل وتنظيم
المجلس الأعلى للموانى ؛
وعلى قرار وزير النقل رقم ٥٤٢ لسنة ٢٠٠٣ بتشكيل اللجنة الدائمة للتراخيص
بقطاع النقل البحرى بوزارة النقل ؛
وعلى قرار وزير النقل رقم ٣٣٠ لسنة ٢٠١٣ بشأن استخراج الجواز البحرى
وتجديده وإصدار الشهادة الطبية الدولية للبحارة ؛
وعلى قرار وزير النقل رقم ٤٦٦ لسنة ٢٠١٨ بشأن إصدار أحكام تراخيص الغوص
التجارى المصرى ؛

وعلى موافقة مجلس إدارة الهيئة المصرية لسلامة الملاحة البحرية بجلسته المنعقدة بتاريخ ١٦/١٢/٢٠١٩ :

وعلى المتطلبات الدولية الصادرة عن المنظمات البحرية ذات الصلة :

قرر:

(المادة الأولى)

تعديل البنود أرقام (٢) من نصوص المواد أرقام (٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣) من قرار وزير النقل رقم ٤٦٦ لسنة ٢٠١٨ بشأن إصدار أحكام تراخيص الغوص التجارى المصرى - بالبنود الآتى :

٢ - أن يكون المتقدم مستوفياً لشروط اللياقة الصحية المنصوص عليها بالملحق المرفق بهذا القرار وفقاً للنموذج المعد لذلك .

(المادة الثانية)

يُنشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ، ويعمل به اعتباراً من اليوم التالى لتاريخ نشره ، ويلغى كل ما يخالف أحكامه .

وزير النقل

فريق / كامل عبد الهادى الوزير

(ملحق)

شروط اللياقة الصحية اللازمة عند طلب استخراج / تجديد
تراخيص مزاوله مهنة غواص تجارى

أولاً - مستوى الإبصار :	
لا تقل حدة الإبصار للعين الواحدة عن ١٢/٦ ولا تقل حدة الإبصار للعينين مجتمعين عن ١٢/٦ وذلك بدون استخدام وسائل تصحيح الإبصار .	
عند إجراء عملية تصحيح الإبصار بالليزر . يسمح بمزاوله مهنة الغوص التجارى إلا فى حالة حدوث مضاعفات للقرنية نتيجة إجراء جراحة تصحيح الإبصار بالليزر . وكذلك أى إصابات فى قرنية العين تؤثر على حدة الإبصار لعين واحدة .	
عمى الألوان لا يجعل الغواص التجارى غير لائق للغوص ولكن لا بد أن يمكنه تمييز الألوان التى يتطلب عمله رؤيتها وطبقاً لتقدير طبيب العيون المختص .	
لا يسمح بمزاوله مهنة الغوص التجارى للمصابين بالأمراض الآتية :	
١ - العشى الليلي . ٢ - الحول الحقيقى . ٣ - تحديد مجال الإبصار . ٤ - ازدواجية الرؤية .	
مستوى اللياقة الطبية	ثانياً - الأمراض الجراحية وأمراض المفاصل والعظام :
غير لائق	الفتق بجميع أنواعها .
غير لائق	القبيلة المائية المتوسطة أو الكبيرة الدموية .
غير لائق	داء الفيل .
غير لائق	تضخم الغدة الدرقية الكبيرة .
غير لائق	زيادة نشاط الغدة الدرقية أو نقصه المصحوب بعلامات إكلينيكية وكان معدل التمثيل الغذائى القاعدى (أكثر من + ٢٠ أو أقل من - ١٠) .
غير لائق	مرض بوت ودرن العظام أو مضاعفاته .

غير لائق	التشوه أو الإعوجاج الواضحان لأى من العمود الفقرى أو القفص الصدرى أو الحوض .
غير لائق	كسور الجمجمة والعمود الفقرى .
	الكسور غير الملتهمة أو سبيطة الالتئام المسببة لنقص طول أى طرف من الطرفين العلويين أو السفليين أو إعوجاج ظاهر بالمفاصل الرئيسية يعوق الحركة ويتعارض مع طبيعة عمل المرشح .
	تشوه أو تيبس بأحد المفاصل الرئيسية (الكتف أو المرفق أو المعصم أو الفخذ أو الركبة أو الكاحل) فى كل طبيعة عمل المرشح .
لائق بحد أقصى أصبعين باليد غير المستعملة أو أصبع واحد باليد المستعملة أو ثلاث سلميات ما لم يتعارض مع طبيعة عمل المرشح على ألا يكون البتر بأصبع الإبهام فهو غير لائق	البتر فى الأطراف .
(ملحق)	
شروط اللياقة الصحية اللازمة عند طلب استخراج / تجديد تراخيص مزاوله مهنة غواص تجارى	
أولاً - مستوى الإبصار :	
لا تقل حدة الإبصار للعين الواحدة عن ١٢/٦ ولا تقل حدة الإبصار للعينين مجتمعين عن ١٢/٦ وذلك بدون استخدام وسائل تصحيح الإبصار .	
عند إجراء عملية تصحيح الإبصار بالليزر .	
يسمح بمزاولة مهنة الغوص التجارى إلا فى حالة حدوث مضاعفات للقرنية نتيجة إجراء جراحة تصحيح الإبصار بالليزر .	
وكذلك أى إصابات فى قرنية العين تؤثر على حدة الإبصار لعين واحدة .	

<p>عمى الألوان لا يجعل الغواص التجارى غير لائق للغوص ولكن لابد أن يمكنه تمييز الألوان التى يتطلب عمله رؤيتها وطبقاً لتقدير طبيب العيون المختص .</p>	
<p>لا يسمح بمزاولة مهنة الغوص التجارى للمصابين بالأمراض الآتية :</p>	
<p>١ - العشى الليلي . ٢ - الحول الحقيقى . ٣ - تحديد مجال الإبصار . ٤ - إزدواجية الرؤية .</p>	
مستوى اللياقة الطبية	ثانياً - الأمراض الجراحية وأمراض المفاصل والعظام :
غير لائق	الفتق بجميع أنواعها .
غير لائق	القبلة المائية المتوسطة أو الكبيرة الدموية .
غير لائق	داء الفيل .
غير لائق	تضخم الغدة الدرقية الكبيرة .
غير لائق	زيادة نشاط الغدة الدرقية أو نقصه المصحوب بعلامات إكلينيكية وكان معدل التمثيل الغذائى القاعدى (أكثر من + ٢٠ أو أقل من - ١٠) .
غير لائق	مرض بوت ودرن العظام أو مضاعفاته
غير لائق	التشسوه أو الإعوجاج الواضح لآى من العمود الفقرى أو القفص الصدرى أو الحوض .
غير لائق	كسور الجمجمة والعمود الفقرى .

	الكسور غير الملتئمة أو سبيطة الالتئام المسببة لنقص طول أى طرف من الطرفين العلويين أو السفليين أو إعوجاج ظاهر بالمفاصل الرئيسية يعوق الحركة ويتعارض مع طبيعة عمل المرشح .
	تشوه أو تيبس بأحد المفاصل الرئيسية (الكتف أو المرفق أو المعصم أو الفخذ أو الركبة أو الكاحل) فى كل طبيعة عمل المرشح .
البتر فى الأطراف .	لائق بحد أقصى أصبعين باليد غير المستعملة أو أصبع واحد باليد المستعملة أو ثلاث سلميات ما لم يتعارض مع طبيعة عمل المرشح على ألا يكون البتر بأصبع الإبهام فهو غير لائق
دوالى الساقين الواضح أو دوالى الخصية الواضحة .	لائق ما لم يكن بها مضاعفات مثل قرح الدوالى وجلطات الساق والالتهاب
تشوه أو مرض أو إصابة تؤثر على كفاءة أحد الأطراف أو اليدين ويتعارض مع طبيعة عمل المرشح .	غير لائق
الأورام الخبيثة أو الحميدة الكبيرة أو أورام الغدد الليمفاوية العامة أو الدرنية أو السرطانية .	غير لائق
دوالى جدار البطن أو الصدر .	غير لائق
ثالثًا - الأمراض الصدرية :	مستوى اللياقة الطبية
التمدد الشعبى المصحوب بتغيير واضح فى شكل الصدر أو المصحوب بتغيرات واضحة فى الرئتين أو تكون سرعة ترسب الدم أكثر من الحدود الطبيعية .	غير لائق
الخراجات الرئوية .	غير لائق
الالتهابات الشعبية المزمنة المصحوبة بتغيرات إكلينيكية واضحة فى الرئتين والمعالم الشعبية .	غير لائق
التليف الرئوى .	غير لائق

غير لائق	الإنفزيما بالرتنين .
غير لائق	الانسكاب البللورى الدرني أو الرشحى أو الصديدى .
غير لائق	الدرن الرئوى النشط أو المستقر .
غير لائق	تشوه القفص الصدرى المسبب لنقص السعة الحيوية .
رابعاً : أمراض الجهاز الدورى :	
غير لائق	هبوط القلب الاحتقانى أو مبادنه
غير لائق	تضخم القلب أو الأورطى أو الهيدروزمى الأورطى
غير لائق	الألغاط القلبية العضوية أو لغط القلب الوظيفى المصحوب بعلامات إكلينيكية واضطرابات ضربات القلب يسبب مرض عضوى
غير لائق	ضغط الدم الذى يقل عن ٩٠/٦٠ أو يزيد على ١٥٠/٩٠
أمراض الجهاز الدورى :	
غير لائق	التهاب التامور الاحتقانى أو الإنسكابى أو الصديدى .
غير لائق	انسداد أحد الأوردة الرئيسية للأطراف .
غير لائق	انسداد الشرايين التاجية أو الذبحة الصدرية .
غير لائق	عمليات القلب (قسطرة علاجية - دعامة - قلب مفتوح) .
خامساً - أمراض الجهاز الهضمى :	
غير لائق	تضخم الطحال .
غير لائق	أورام البطن والاستسقاء .
غير لائق	تضخم أو تليف الكبد .
غير لائق	عمليات استئصال المعدة أو الأمعاء المصحوبة بمضاعفات .
غير لائق	البواسير الشرجية الكبيرة أو الناصور الشرجى .
سادساً - أمراض الجهاز البولى وفحص البول :	
غير لائق	الالتهاب الكلوى المزمن بأنواعه .
غير لائق	حصوات الكلى أو الحالب أو المثانة .

غير لائق	دون الجهاز البولى .
غير لائق	استئصال أحد الكليتين .
غير لائق	أورام الجهاز البولى المؤثرة على الكفاءة المطلوبة .
غير لائق	الزلال فى البول المصحوب بضغط دم أكثر من ٩٠/١٥٠ مع اختلال فى وظائف الكلى
غير لائق	البول المائسى أو البول الملسون أو نقص الكثافة النوعية للبول عن ١٠١٥ (يؤجل فحص البول إداريًا)
غير لائق لأكثر من الحدود المذكورة	نسبة السكر فى الدم فى حالة الصيام لا تتعدى ١٢٠ مجم أو يعمل منحنى سكر بالدم فى حالة الصيام بعد أخذ جرعة جلوكوز ٥٠ جرامًا ولمدة ثلاث ساعات والحدود الطبيعية المقبولة لمنحنى السكر فى الدم كما يلى : (أ) كمية السكر فى الدم حالة الصيام لا تتعدى ١٢٠ مجم (%). (ب) كمية السكر فى الدم فى أقصى ارتفاع المنحنى لا تتعدى ١٨٠ مجم %. (ج) أقصى ارتفاع لمنحنى يميل فى مدة لا تتجاوز ساعة ونصف. (ب) يعود المنحنى إلى مستوى الصيام فى مدة لا تتجاوز ساعتين .
مستوى اللياقة الطبية	سابقا - الأمراض العقلية والنفسية والعصبية :
غير لائق	الأمراض العقلية .
غير لائق	الأمراض النفسية أو العصبية غير القابلة للشفاء أو غير المستقرة والتي تتعارض مع طبيعة عمل المرشح بجميع أنواعها أو تؤثر على حركة الجسم أو الأطراف أو السمع أو النطق أو الصوت .
غير لائق	ثامناً - الأمراض الجلدية المزمنة الشاملة لأجزاء عديدة من الجسم أو الأمراض التناسلية المزمنة .
غير لائق	تاسعاً - إذا كان السمع أقل من المستوى الطبيعى .
غير لائق	عاشراً - الكحوليات والأدوية المخدرة فى الدم .
وفقاً للمعدلات الطبية الدولية	الحادى عشر - أمراض الدم : تحليل صورة دم كاملة .

الاختبار العصبي للفواصل

NEUROLOGICAL EXAMINATION CHECKLIST	
(Sheet 1 of 2)	
(See text of Appendix 5A for examination procedures and definitions of terms.)	
Patient's Name: _____	Case/Time: _____
Describe pain/numbness: _____	
HISTORY	
Type of shoe last performed: _____	Depth: _____ How long: _____
Number of shoes in last 24 hours: _____	
Was symptom noticed before, during or after the shoe? _____	
If during, was it while descending, on the bottom or ascending? _____	
Has symptom increased or decreased since it was first noticed? _____	
Have any other symptoms occurred since the first one was noticed? _____	
Describe: _____	
Has patient ever had a similar symptom before? _____ When: _____	
MENTAL STATUS/STATE OF CONSCIOUSNESS	
COORDINATION	
Walk: _____	STRENGTH (Grade 0 to 5)
Heel-to-Toe: _____	UPPER BODY
Revolving: _____	Deltoids L. _____ R. _____
Finger-to-Nose: _____	Latissimus L. _____ R. _____
Heel Ball Side: _____	Biceps L. _____ R. _____
Rapid Movement: _____	Triceps L. _____ R. _____
	Pectorals L. _____ R. _____
	Hand L. _____ R. _____
CRANIAL NERVES	
Sense of Smell (I): _____	LOWER BODY
Vision/Visual Field (II): _____	HEPS
Eye Movements, Pupils (III, IV, VI): _____	Flexion L. _____ R. _____
Facial Sensation, Chewing (V): _____	Extension L. _____ R. _____
Facial Expression Muscles (VII): _____	Abduction L. _____ R. _____
Hearing (VIII): _____	Adduction L. _____ R. _____
Upper Mouth, Throat Sensation (IX): _____	KNEES
Gag & Voice (X): _____	Flexion L. _____ R. _____
Shoulder Strength (XI): _____	Extension L. _____ R. _____
Tongue (XII): _____	ANKLES
	Dorsiflexion L. _____ R. _____
	Plantarflexion L. _____ R. _____
	TIBES
	L. _____ R. _____

Figure 5A-1a. Neurological Examination Checklist (sheet 1 of 2)

الاختبار العصبى للفواصل

NEUROLOGICAL EXAMINATION CHECKLIST

(Sheet 2 of 2)

REFLEXES

(Grade: Normal, Hypoactive, Hyperactive, Absent)

Biceps	L. _____	R. _____
Triceps	L. _____	R. _____
Knees	L. _____	R. _____
Ankles	L. _____	R. _____

Sensory Examination for Skin Sensation

(Use diagram to record location of sensory abnormalities-- numbness, tingling, etc.)

LOCATION



Indicate results as follows:

|||| Painful Area
==== Decreased Sensation

COMMENTS

Examination Performed by: _____



(شروط)

صادر من : إدارة الإمتحانات
الاسكندرية فى : / / ٢٠

تذكرة
الكشف الطبي على المتقدمين
إمتحان جراح وتعليق تراخيص الفوس التجارى



امتحانه رقم :
رقم الامتحان :
التسلسل : / / ٢٠

201

السيد / قائد المستشفى البحرى العام

تحية طيبة وبعد ...
يرجاء التكرم بإجراء الكشف الطبي على :-

الإسم :
رقم البطاقة :
تاريخ الميلاد : رقم الجواز :
الجنس :

التوقيع (مدير إدارة الإمتحانات)

بيانات تدا بصرفه المستشفى البحرى العام :

نتيجة الكشف	توقيع الطبيب	البيانات الطبية	نتيجة الكشف	توقيع الطبيب	كشفا البطاقة
		اسم المسمى			الصدر
		رسم القلب			القلب
		ضغط الدم			أمراض باطنة أخرى
		رسم السمع	نتيجة الكشف	توقيع الطبيب	كشف الأمراض النسوية
		تحليل سكر الدم			
		الكيموليات والمخدرات			
		علايا صغرية	نتيجة الكشف	توقيع الطبيب	كشف العيون
		تحليل البول			
		زلال			
		تحليل دم كامل			الرؤية البعيدة
					بصون نظارة
					بمنظارة
					تاريخ آخر كشف تمييز الألوان
					تمييز الألوان بالكتاب
					الجمال الجسدى
					وجود حول حرقى ظاهر
					(العشى الليلى / إندواج البصر)
			نتيجة الكشف	توقيع الطبيب	إختبارات وظائف الكلى
					FEV1
					FVC
					FEV1/ FVC
					البيانات الشخصية للمركزى
					البيانات الشخصية للمركزى
					البيانات الشخصية للمركزى

قائد المستشفى البحرى العام

التوقيع ()

الإسم :

عالم
المستشفى البحرى

بيانات تدا بصرفه الإدارة الطبية بالهيئة :

نتيجة الكشف الطبي النهائي :

التوقيع (مدير إدارة الشؤون الطبية)

ملاحظة : فى مجموع الكشفا أو التحليل أو نتائج الإمتحان وتعليقها ، وفى حالة خلوة كشفا وتوقيع الكشف الطبي لأياً