

KABİN EKİBİ ÜYELERİ SAĞLIK KONTROLLERİNE İLİŞKİN

ESAS VE USULLER TALİMATI

(SHT OPS - SAĞLIK)

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Talimatın amacı, hava taşıma işletmelerinde kabin ekibi üyesi olarak görev alacakların sağlık kontrollerinin yapılmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Talimat, 14/10/1983 tarihli ve 2920 Sayılı Türk Sivil Havacılık Kanununa göre yetkilendirilmiş tüm hava taşıma işletmeleri ile bu işletmelerde görev alacak kabin ekibi üyelerini kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Talimat, 14/10/1983 tarihli ve 2920 Sayılı Türk Sivil Havacılık Kanunu ile 10/11/2005 tarihli ve 5431 sayılı Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, 01/06/2007 tarihli ve 26539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ticari Hava Taşıma İşletmeleri Yönetmeliği (SHY-6A), 14/6/1984 tarihli ve 18431 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Genel Uçak İşletme Yönetmeliği (SHY-6B) ve 24/08/2010 tarihli ve 11111 sayılı Uçakla Ticari Hava Taşıma İşletmeciliği Operasyon Usul ve Esasları Talimatına (SHT OPS 1) dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Talimatta yer alan;

- a) AMC: Havacılık Tıp Merkezi'ni,
- b) AME: Yetkili Uçuş Tabibi'ni,
- c) Genel Müdür: Sivil Havacılık Genel Müdürü'nü,
- ç) Genel Müdürlük: Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü'nü,

d) İşletmeci: 14/10/1983 tarihli ve 2920 Sayılı Türk Sivil Havacılık Kanunu ve bu Kanun kapsamında 01/06/2007 tarihli ve 26539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ticari Hava Taşıma İşletmeleri Yönetmeliği (SHY-6A) ve 14/06/1984 tarihli ve 18431 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Genel Uçak İşletme Yönetmeliğine (SHY-6B) göre Genel Müdürlükten yetki almış yada alacak hava taşıma işletmelerini,

e) SHT OPS 1: Uçakla Ticari Hava Taşıma İşletmeciliği Operasyon Usul Ve Esasları Talimatını,

f) Sağlık kuruluşu: Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü tarafından yetkilendirilmiş havacılık tıp merkezini,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Genel Esas ve Usuller

Genel

MADDE 5 – (1) Uçakla Ticari Hava Taşıma İşletmeciliği Operasyon Usul ve Esasları Talimatı (SHT OPS 1)' nin 203 üncü maddesinin 1 inci bendinin (b) fıkrasına göre, kabin ekibi üyelerinin sağlık yönünden görevini yerine getirmeye uygun olduğunun değerlendirilmesi amacıyla, Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş bir sağlık kuruluşunda düzenli aralıklarla sağlık muayenesinden veya değerlendirmesinden geçmiş olması gereklidir.

Asgari Sağlık Gereklilikleri

MADDE 6 – (1) Her bir kabin ekibi üyesinin, Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş bir sağlık kuruluşunda uçucu personel sağlık kurulu tarafından ilk sağlık muayenesinin ve periyodik sağlık muayenesinin yapılmış olması gereklidir.

(2) İşletmecinin her bir kabin ekibi üyesi için sağlık kayıtlarını düzenli olarak tutması zorunludur.

(3) Her bir kabin ekibi üyesi aşağıda yer alan sağlık gerekliliklerine uygun olmalıdır:

- a) Sağlıklı olması,
- b) Kabin ekibi üyeliği görevlerini yerine getirmeye engel teşkil edecek veya inkapasitasyona yol açabilecek herhangi bir fiziksel ya da akli hastalığa sahip olmaması,
- c) Kardiyorespiratuvar fonksiyonların normal olması,
- ç) Merkezi sinir sisteminin normal olması,
- d) Gözlüklü ya da gözlüksüz en az 6/9 görme keskinliğine sahip olması,

- e) Yeterli işitmeye sahip olması,
- f) Kulak, burun ve boğaz fonksiyonlarının normal olması.

Sağlık Muayeneleri

MADDE 7 – (1) Her bir kabin ekibi üyesinin ilk sağlık muayenesi, periyodik sağlık muayenesi ya da gerekli durumlarda kontrol muayenesi, Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş bir sağlık kuruluşu tarafından gerçekleştirilir.

Tıbbi Uygunluk

MADDE 8 – (1) Her bir kabin ekibi üyesinin görevini yerine getirebilmesi için, bu Talimatın 6 ncı maddesinin 3 üncü fıkrasında yer alan sağlık gerekliliklerine uygun olduğunu gösteren, Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş sağlık kuruluşu tarafından düzenlenmiş olan geçerli bir sağlık muayene raporunun olması gereklidir.

(2) İşletmeci tarafından ilk defa görevlendirilecek olan kabin ekibi üyesi, bu Talimatın 6 ncı maddesinin 3 üncü fıkrasında yer alan sağlık gerekliliklerine uygunluğunun değerlendirilmesi için ilk sağlık muayenesinden geçmelidir.

(3) İşletmeci, kabin ekibi üyesinin görevini yerine getirmeye sağlık yönünden uygunluğunun devam ettiğinin değerlendirilmesi amacıyla, her bir kabin ekibi üyesinin belli periyotlarla sağlık muayenesini yaptırmaktan sorumludur.

(4) Her bir kabin ekibi üyesi için, Genel Müdürlük tarafından belirlenen sağlık muayenesi periyodu azami 5 (Beş) yıldır.

(5) İşletmeci, her bir kabin ekibi üyesini tek bir kişilik kabin ekibi üyesi olarak görevlendirmesi halinde, ilgili kabin ekibi üyesinin her 2 (iki) yılda bir sağlık muayenesini yaptırmaktan sorumludur.

(6) Tartışmalı konular ve itirazların varlığı halinde, Genel Müdürlüğe başvurulur.

Tıbbi Uygunlukta Azalma

MADDE 9 – (1) Kabin ekibi üyeleri, sağlık raporunun geçerlilik süresi içinde, görevlerini yerine getirmelerini engelleyecek sağlık yönünden herhangi bir azalmayı veya bozulmayı fark ettikleri herhangi bir zamanda, 12 saatten fazla hastane yatışı, ameliyat, kaza, yaralanma, sakatlanma, hamilelik ve tabip raporu ile tıbbi istirahat verilen durumlarda, bu durumu işletmeciye bildirmekle yükümlüdürler.

(2) Kabin ekibi üyeleri, görevlerini yapmayı engelleyici önemli bir yaralanma, sakatlanma, hastalık, ameliyat halinde veya tabip raporu ile istirahat verilen durumlarda; doktor raporu ile belirlenen geçici süre dâhilinde görevlerini ifa edemezler.

(3) Yaralanma, sakatlanma, ameliyat ve aynı hastalıktan toplam 21 gün veya daha uzun süreli tıbbi rapor halinde, işletmeci tarafından yapılan düzenlemelere göre, Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş bir sağlık kuruluşunda, kabin ekibi üyesi kontrol muayenesinin yaptırılması sağlanmalıdır.

(4) Kontrol muayenesi sonucu kabin ekibi üyesi olarak çalışmasında sakınca görülmeyen kişinin geçici elverişsizlik durumu sona erer ve görevine geri dönmesi sağlanır.

Tıbbi Standart Formlar

Madde 10 – (1) Kabin ekibi üyelerinin ilk veya periyodik sağlık muayeneleri için yetkili sağlık kuruluşuna müracaatı sırasında, Ek-1’de yer alan “Kabin Ekibi Üyesi Sağlık Muayene Başvuru Formu” müracaatçı tarafından eksiksiz ve doğru olarak doldurulmalı ve imzalanmalıdır.

(2) Kabin ekibi üyelerinin ilk veya periyodik sağlık muayenelerinde Ek-2’de yer alan Kabin Ekibi Üyesi Sağlık Kurul Raporu kullanılır.

(3) Bu Talimatın 9 uncu maddesinin 1 inci fıkrası kapsamında işletmeciye yapılan tıbbi uygunlukta azalma bildirim esnasında Ek-3’de yer alan “Kabin Ekibi Üyesi Tıbbi Uygunlukta Azalma Bildirim Formu” kabin ekibi üyesi tarafından eksiksiz ve doğru olarak doldurulmalı ve imzalanmalıdır.

(4) Ek-3’de yer alan “Kabin Ekibi Üyesi Tıbbi Uygunlukta Azalma Bildirim Formu” işletmeciden tarafından basımı yaptırılarak çoğaltılmalı ve kabin ekibi üyelerinin erişebilmesi sağlanmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sorumluluklar, Aykırı Davranışlar, İdari Yaptırımlar ve Son Hükümler

Sorumluluk

MADDE 11 – (1) Bu talimat kapsamında, işletmelerde görev alacak veya görev yapmakta olan kabin ekibi üyelerinin sağlık muayenelerinin yaptırılmasından işletmeci ve ilgili kabin ekibi üyesi Genel Müdürlüğe karşı birlikte sorumludur.

(2) İşletmeci, her bir kabin ekibi üyesi için yaptırılan sağlık muayenelerinin ve kontrollerinin kayıtlarını tutmaktan sorumludur.

(3) Sağlık durumundaki olası bozulmaları işletmeciye bildirmek kabin ekibi üyesinin sorumluluğundadır.

(4) Kabin ekibi üyesi, sağlık muayenesi başvurularında, muayene esnasında ve tıbbi uygunlukta azalma halinin bildiriminde vermiş olduğu sağlık bilgilerinin doğru ve eksiksiz olmasından, yanlış veya yanıltıcı beyanda bulunmaktan sorumludur.

Aykırı Davranışlar ve İdari Yaptırımlar

MADDE 12 – (1) Bu talimatta belirtilen kurallara uymayanlara 2920 Sayılı Türk Sivil Havacılık Kanununun 27 nci, 30 uncu, 141 inci ve 143 üncü maddelerinde belirtilen cezai hükümler uygulanır.

Geçiş Süreci

MADDE 13 – (1) Kabin ekibi üyesi olarak, bu Talimatın yayımlandığı tarihten geriye doğru son 5 (beş) yıl içerisinde Genel Müdürlük tarafından yetkilendirilmiş bir sağlık kuruluşunda sağlık muayenesinden geçerek olumlu rapor alan kabin ekibi üyesinin sağlık muayenesi aynen kabul edilir.

(2) Son 5 (Beş) yıl içinde sağlık muayenesi olan kabin ekibi üyeleri, bu Talimata göre sağlık muayene tarihinden itibaren en geç 5 (Beş) yıl içinde muayenelerini yenilemek zorundadır.

(3) Son 5 (Beş) yıl içinde sağlık muayenesine girmemiş olan kabin ekibi üyelerinin, bu Talimatın yürürlüğe girmesine müteakip 18 (On sekiz) ay içerisinde sağlık muayenelerini yaptırmaları gereklidir. Aksi durumda, sağlık yönünden elverişsiz kabul edilirler.

Yürürlük

MADDE 14 – (1) Bu Talimat yayımlandığı tarihte yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 15 - (1) Bu Talimat hükümlerini Sivil Havacılık Genel Müdürü yürütür.

EK-1
KABİN EKİBİ ÜYESİ SAĞLIK MUAYENE BAŞVURU FORMU

Bu sayfayı büyük harflerle eksiksiz olarak doldurunuz

(1) Soyadı:	(2) Önceki soyadı:	(10) Başvuru Kategorisi :	
		İlk <input type="checkbox"/> Periyodik <input type="checkbox"/>	
(3) Adı:	(4) Doğum Tarihi:	(5) Cinsiyet:	(11) Bir Önceki Sağlık Muayene Tarihi:
		Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>	
(6) Doğum yeri ve ülkesi:	(7) Uyuğu:	(12) Bir Önceki Sağlık Muayene Yeri:	
(8) Daimi adres:	(9) Posta adresi (farklıysa) :	(13) Hava Taşıma İşletmesinin Adı:	
Telefon No:	Telefon No:		
(14) Alkol kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/> Bıraktım (Bırakılan tarih) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (Haftalık ortalama miktarı)	(15) Tütün kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/> Bıraktım (Bırakılan tarih) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (Miktarı)	(16) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (İlacı, dozunu, başlama tarihi ve nedeni)	

(17) GENEL VE TIBBİ GEÇMİŞ:

Aşağıdakilerden herhangi birini hiç geçirdiniz mi veya böyle bir hastalığınız var mı?
Her soru için EVET (E) veya HAYIR (H) işaretlenmelidir. EVET şeklindeki cevapları açıklamalar bölümünde belirtiniz.

	E	H		E	H		E	H		E	H
101 Göz sorunu/göz ameliyatı			114 İşitme azlığı, işitme kaybı veya kulak sorunu			127 Hepatit B veya Hepatit C			Aile Geçmişi:		
102 Herhangi bir dönemde gözlük/kontakt lens kullanımı			115 Burun, boğaz veya konuşma bozukluğu			128 Pozitif HIV testi			170 Kalp hastalığı		
103 Son sağlık muayenesinden bu yana gözlük/kontakt lens reçetesi değişmiş midir			116 Kafa yaralanması veya şok			129 Hastane yatışı			171 Yüksek tansiyon		
104 Saman nezlesi, diğer alerjiler			117 Sık veya ciddi baş ağrıları			130 Başka hastalıklar veya yaralanmalar			172 Yüksek kolesterol düzeyi		
105 Astım, akciğer hastalıkları			118 Baş dönmesi veya bayılma nöbetleri			131 Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyareti			173 Epilepsi (Sara)		
106 Kalp veya damar sorunu			119 Herhangi bir nedenle bilinç kaybı			132 Hayat sigortası reddi			174 Akıl hastalığı		
107 Yüksek veya düşük tansiyon			120 Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, v.s.			133 Daha önce, kabin memurluğuna elverişsizlik kararı			175 Diyabet (Şeker)		
108 Geçirilmiş kalp ameliyatı			121 Her türlü psikolojik/psikiyatrik bozukluk			134 Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle ret			176 Tüberküloz (Verem)		
109 Böbrek taşı veya idrarda kan			122 Alkol/ilâç/madde kötüye kullanımı			135 Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi			177 Alerji/astım/egzema		
110 Şeker hastalığı, hormonal bozukluk			123 İntihar girişimi			Yalnızca kadınlar:			178 Kalıtsal bozukluklar		
111 Guatr veya geçirilmiş tiroid ameliyatı			124 İlaçla tedavi gerektiren taşı tutması			150 Jinekolojik veya menstruasyon sorunları			179 Glokom		
112 Mide, karaciğer veya barsak sorunu			125 Sıtma veya diğer tropikal hastalıklar			151 Hamile misiniz?					
113 Anemi/Orak Hücre taşıyıcılığı, diğer kan hastalıkları			126 Cinsel yolla bulaşan hastalıklar								

(18) AÇIKLAMALAR: Tıbbi geçmişinizdeki hastalık ve ameliyatları tarihleriyle belirtiniz.

(19) BEYAN: Yukarıdaki ifadeleri dikkatle incelediğimi, benim bilgim dahilinde bunların eksiksiz ve doğru olduğunu, hiçbir bilgiyi saklamadığımı ve yanıltıcı ifadeler kullanmadığımı beyan ederim. Bu başvuruya ilgili olarak herhangi bir yanlış veya yanıltıcı beyanda bulunduğum veya yardımcı tıbbi bilgileri vermediğim takdirde Yetkili Kuruluşun bana sağlık kurul raporu vermeyi reddedebileceğini veya verilmiş sağlık kurul raporunu, ulusal kanunlara göre uygulanabilecek her türlü diğer önlem hakkı mahfuz kalmak kaydıyla geri alabileceğini kabul ediyorum.

TIBBİ BİLGİLERİN AÇIKLANMASI KABULÜ: Bu formda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin gerekli durumlarda Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü Hava Sağlık Bölümüne verilmesini, bu bilgilerin ve elektronik olarak saklanan bilgilerin tıbbi değerlendirilmesinin tamamlanması için kullanılmasını, bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum.

Tarih

Başvuranın imzası

AME'nin İmzası ve Kaşesi
(Tanık)

EK-2
KABİN EKİBİ ÜYESİ SAĞLIK KURUL RAPORU



Rapor No	
Havacılık Tıp Merkezi Adı (AMC)	
Muayene Tarihi	

Başvuru Sahibinin Adı Soyadı	Doğum Tarihi	Milliyeti	Cinsiyeti	Şirketi
			<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	
Muayene Kategorisi	Muayene Sınıfı	Bir Önceki Muayene Tarihi	Kan Basıncı	Nabız
İlk <input type="checkbox"/> Periyodik <input type="checkbox"/>	Kabin Memuru		Sistolik Diyastolik	Hız Ritm

**Bulgu ve Tetkiklerin Özeti, Tanı ve Tıbbi Yorumlar,
Tedavi Verilmiş İse İçerik ve Süresi**

İç Hastalıkları:	
Göz:	
KBB:	
Nöroloji:	
Psikiyatri:	
Diğer:	
Karar:	Kabin Ekibi Üyeleri Sağlık Kontrollerine İlişkin Esas ve Usuller Talimatına Göre <input type="checkbox"/> Kabin Ekibi Üyeliğine Elverişlidir / <input type="checkbox"/> Elverişli Değildir


Sağlık Kurulu Başkanı Yetkili Uçuş Tabibi	İç Hastalıkları Uzmanı	Göz Hastalıkları Uzmanı	KBB Hastalıkları Uzmanı	Nöroloji Uzmanı	Psikiyatri Uzmanı

Onay
Başhekim

EK-3
KABİN EKİBİ ÜYESİ TIBBİ UYGUNLUKTA AZALMA BİLDİRİM FORMU

(1) Soyadı:		(2) Önceki soyadı:		(11) Hava Taşıma İşletmesinin Adı:	
(3) Adı:		(4) Doğum Tarihi:	(5) Cinsiyet:		
			Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		
(6) Doğum yeri ve ülkesi:	(7) Uyuğu:	(8) Daimi adres:		(9) Posta adresi (farklıysa) :	
		Telefon No:		Telefon No:	
(12) Alkol kullanıyor musunuz?		(13) Tütün kullanıyor musunuz?		(14) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?	
<input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/> Bıraktım (<i>Bırakılan tarih</i>) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (<i>Haftalık ortalama miktarı</i>)		<input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/> Bıraktım (<i>Bırakılan tarih</i>) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (<i>Miktarı</i>)		<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, (<i>İlacı, dozunu, başlama tarihi ve nedeni</i>)	

Son tıbbi değerlendirmenizden bu yana

	H	E
1. Sağlığınızda herhangi bir azalma ya da bozulma fark ettiniz mi?	H	E
2. 12 saatten fazla hastane yatışı oldu mu?	H	E
3. Ameliyat geçirdiniz mi?	H	E
4. Yaralanma oldu mu?	H	E
5. Sakatlanma oldu mu?	H	E
6. Tıbbi istirahat verildi mi?	H	E
7. Hamile misiniz?	H	E
Herhangi bir soruya EVET cevabı verdiyseniz, lütfen detaylı açıklama yapınız:		
		

Beyan: Yukarıdaki ifadeleri dikkatle incelediğimi, benim bilgim dâhilinde bunların eksiksiz ve doğru olduğunu, hiç bir bilgiyi saklamadığımı ve yanıltıcı ifadeler kullanmadığımı beyan ederim.

Tarih:

İmza: