Šedé polia nemusia byť vyplnené

FORMULÁR SPRÁVY O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE ŽIADATEĽA PRE OSVEDČENIE LAPL (AMC1 ARA.MED.135(b);(c))

PODLIEHA LEKÁRSKEMU TAJOMSTVU

(201) Druh vyšetrenie	(202) Výška (cm)	(203) Váha (kg)	(204) Farba očí	(205) Farba vlasov	(206) Tlak krvi - posediačky (mmHg)		(207) Pulzová frekvencia - v kľude	
Vstupné ☐ Predlženie platnosti ☐ Obnova platnosti ☐ Konziliárne ☐					Systolický	Diastolický	Počet(bmp)	Rytmus Prav. ☐ Neprav. ☐

Celkové vyšetrenie: Skontrolujte a zaškrtnite každú položku

	Norm.	Abnor.		Norm.	Abnor.
(208) Hlava, tvár, krk, skalp	☐	☐	(218) Brucho, prietrže, pečeň, slezina	☐	☐
(209) Ústa, hrdlo, zuby	☐	☐	(219) Anus, konečník	☐	☐
(210) Nos, dutiny	☐	☐	(220) Močový a pohlavný systém	☐	☐
(211) Uši, bubienky, pohyblivosť bubienkov	☐	☐	(221) Endokrinný systém	☐	☐
(212) Oči - orbita e a adnexá, zorné polia	☐	☐	(222) Horné a dolné končatiny, kĺby	☐	☐
(213) Oči - zreničky a očné pozadie	☐	☐	(223) Chrbtica, muskuloskeletálny systém	☐	☐
(214) Oči - pohyblivosť očí, nystagmus	☐	☐	(224) Neurologický stav, reflexy, atď.	☐	☐
(215) Pľúca, hrudník, prsníky	☐	☐	(225) Psychiatrický nález	☐	☐
(216) Srdce	☐	☐	(226) Koža, znamienka, uzliny	☐	☐
(217) Cievny systém	☐	☐	(227) Celkový stav, systémové príznaky	☐	☐

(228) **Poznámky:** Popíšte každý abnormálny nález. Uveďte číselnú položku pred každú poznámku.

Zraková ostrosť

(229) *Videnie do diaľky 5 m/6 m*

	Bez korekcie		Okuliare	Kontaktné šošovky
Pravé oko	☐	Korekcia na	☐	☐
Ľavé oko	☐	Korekcia na	☐	☐
Obidve oči	☐	Korekcia na	☐	☐

(230) *Videnie na 1 m*	Nekorigované		Korigované	
N14 na 100 cm	Áno ☐	Nie ☐	Áno ☐	Nie ☐
Pravé oko.	☐	☐	☐	☐
Ľavé oko	☐	☐	☐	☐
Obidve oči	☐	☐	☐	☐

(231) *Videnie do blízka*	Nekorigované		Korigované..	
N5 na 30-50 cm	Áno ☐	Nie☐	Áno☐	Nie ☐
Pravé oko.	☐	☐	☐	☐
Ľavé oko	☐	☐	☐	☐
Obidve oči	☐	☐	☐	☐

(232) **Okuliare**

Áno ☐ Nie ☐
Typ:

(233) **Kontaktné šošovky**

Áno ☐ Nie ☐
Typ:

Refrakcia	Sph	Cylinder	Os	Do blízka
Pravé oko				
Ľavé oko				

(313) **Farbocit** Normálny ☐ Abnormálny ☐

Pseudoizochromatické tab. ☐ Typ: Ishihara (24 tab)

Počet tabuliek ☐ Počet chýb ☐

(234) **Sluch** (ak nebolo vykonané 239/241)	Pravé ucho	Ľavé ucho
Test na hovorovú reč (2m) chrbtom k vyšetrujúcemu	Áno ☐ Nie ☐	Áno ☐ Nie ☐

Audiometria				
Hz	500	1 000	2 000	3 000
Pravé				
Ľavé				

(236) **Funkcia pľúc**

FEV1/FVC % Normálne ☐ Abnormálne ☐

(237) **Hemoglobín**

(jednotka) Normálny ☐ Abnormálny ☐

(235) **Vyšetrenie moču** Normálne ☐ Abnormálne ☐

Cukor	Bielkovina	Krv	Iné

Pomocné vyšetrenia	Nevykonané	Normálny	Abnormálny/komentár
(238) EKG	☐	☐	
(239) Audiogram	☐	☐	
(240) Oftalmologické	☐	☐	
(241) ORL	☐	☐	
(242) Lipidogram	☐	☐	
(243) Pľúcne funkcie	☐	☐	
(244) Ostatné (aké?)	☐	☐	
(246) Iné (čo?)	☐	☐	

(247) **Doporučenie určeného leteckého lekára (AME)/všeobecného praktického lekára (GMP:**

Meno žiadateľa: Dátum narodenia: Registračné číslo:

....

☐ Spôsobilý pre osvedčenie zdrav. spôsobilosti pre preukaz LAPL
☐ Vydané osvedčenie zdravotnej spôsobilosti nižšie podpísaným (kópia priložená) pre preukaz LAPL

☐ Nespôsobilý pre preukaz LAPL
☐ Odoslaný na ďalšie posúdenie. Ak áno - prečo a ku komu?

(248) **Poznámky, obmedzenia, zákazy:**

(249) **Vyhlásenie určeného lekára (AME):**

Týmto potvrdzujem , že žiadateľ , menovite uvedený v tejto správe o lekárskom vyšetrení, bol mnou osobne vyšetrený a že táto správa s pripojenými prílohami obsahuje úplne a správne nálezy.

(250) Miesto a dátum:	Meno a adresa vyšetrujúceho lekára AME: E-mail: Telefón č.:	Odtlačok pečiatky s číslom osvedčenia AME:
Vlastnoručný podpis AME:	Telefax č.:	

POKYNY NA VYPLNENIE FORMULÁROV SPRÁVY O LEKÁRSKEJ PREHLIADKE

Určený letecký lekár (AME) vykonávajúci prehliadku by mal overiť totožnosť žiadateľa.

Všetky otázky (oddiely) formulára správy o lekárskej prehliadke by mali byť úplne vyplnené. Ak je priložený formulár správy o otorinolaryngologickom vyšetrení, potom môžu byť otázky 209, 210, 211 a 234 vynechané. Ak je priložený formulár správy o oftalmologickej prehliadke, potom je možné vynechať otázky 212, 213, 214, 229, 230, 231, 232 a 233.

Písmo by malo byť čitateľné, písané veľkými tlačenými písmenami pomocou guľôčkového pera. Vyplnenie tohto formulára písacím strojom/tlačiarňou je tiež prijateľné. Ak je k zodpovedaniu otázok potrebné viac miesta, mal by byť použitý čistý list papiera, kde bude uvedené meno žiadateľa, meno a podpis AME a dátum podpisu. Nasledujúce očíslované pokyny platia pre očíslované titulky vo formulári správy o lekárskej prehliadke.

Neúplné alebo nečitateľné vyplnenie formulára správy o lekárskej prehliadke môže viesť k neprijatiu žiadosti ako celku a môže viesť k odňatiu akýchkoľvek vydaných osvedčení zdravotnej spôsobilosti. Uvedenie nepravdivých alebo zavádzajúcich údajov alebo zatajenie relevantných informácií AME môže mať za následok trestné stíhanie, zamietnutie žiadosti alebo odňatie akéhokoľvek z už vystavených osvedčení zdravotnej spôsobilosti.

Vo formulári správy o lekárskej prehliadke pre preukaz LAPL nemusia byť vyplnené šedé polia.

201 KATEGÓRIE VYŠETRENÍ – Zaškrtnite príslušné políčko.

Vstupné– Vstupné vyšetrenie pre preukaz LAPL, 1. alebo 2. triedu; tiež vstupné vyšetrenie pri postupe z LAPL na 2. triedu
alebo z 2. triedy na 1. triedu (poznačte "postup" v položke 248).

Obnova/predlženie platnosti – nasleduje RUTINNÉ vyšetrenie.

Rozšírené obnova/predlženie platnosti – nasleduje RUTINNÉ vyšetrenie, zahrňujúce úplné oftalmologické a Otorinolaryngologické vyšetrenie.

202 VÝŠKA – Zmerajte výšku naboso v centimetroch k najbližšiemu cm.

203 VÁHA – Zistite hmotnosť v domácom odeve v kilogramoch k najbližšiemu kg.

204 FARVA OČÍ – Uveďte farbu očí žiadateľa podľa nasledujúceho zoznamu: hnedá, modrá, zelená, orieškovo hnedá, šedá, viacfarebná.

205 FARBA VLASOV – Uveďte farbu vlasov žiadateľa podľa nasledujúceho zoznamu: hnedá, čierna, ryšavá, blond, plešina.

206 KRVNÝ TLAK – Hodnoty krvného tlaku by mali byť odčítané v 1. fáze pre systolický tlak a v 5. fáze pre diastolický tlak. Žiadateľ by mal sedieť a byť v kľude. Údaje v mm Hg.

207 TEPOVÁ FREKVENCIA (KĽUDOVÁ) – Tepová frekvencia by sa mala uvádzať v počte tepov za minútu a rytmus sa popisuje ako pravidelný alebo nepravidelný. Ďalšie poznámky, ak sú nutné, môžu byť zapísané u položiek 228, 248 alebo samostatne.

POLOŽKY 208–227 vrátane sú súčasťou celkového klinického vyšetrenia a každá musí byť označená ako normálny alebo abnormálny.

208 HLAVA, TVÁR, KRK, VLASATÁ ČASŤ – Zahrňuje vzhľad, rozsah pohybov krku a tváre, symetriu atď.

209 ÚSTA, HLTAN, ZUBY – Zahrňuje vzhľad ústnej dutiny, pohyblivosť podnebia, okolí mandlí, hltanu a tiež ďasna, zubov a jazyka.

210 NOS, VEDĽAJŠIE NOSOVÉ DUTINY – Zahrňuje vzhľad a akékoľvek známky obštrukcie nosa alebo citlivosť dutín na pohmat.

211 UŠI, BUBIENKY, POHYBLIVOSŤ BUBIENKA – Zahrňuje otoskópiu vonkajšieho ucha, zvukovodu, bubienka. Pohyblivosť bubienka pri Valsalvovom manévri alebo Brüningsovou lupou.

212 OČI – OČNICA A ADNEXÁ, ZORNÉ POLIA – Zahrňuje vzhľad, postavenie a pohyby očí a okolitých štruktúr vcelku, vrátane očných viečok a spojiviek. Zorné polia zisťujeme kampimetriou, perimetrom alebo porovnaním.

213 OČI – ZRENICA A OČNÉ POZADIE – Zahrňuje vzhľad, veľkosť, reflexy, červený reflex a fundoskópiu. Zvláštnu pozornosť venovať jazvám na rohovke.

214 OČI – POHYBLIVOSŤ OČÍ, NYSTAGMUS – Zahrňuje rozsah pohybov očí vo všetkých smeroch; symetrický pohyb oboch očí; rovnováhu okohybných svalov; konvergenciu; akomodáciu; známky nystagmu.

215 PĽÚCA, HRUDNÍK, PRSNÍKY – Zahrňuje inšpekciu deformít hrudníka, pooperačných jaziev, nepravidelnosti dýchacích pohybov, auskultáciu dýchania. Vyšetrenie prsníkov u žiadateliek by malo byť vykonané len s ich súhlasom.

216 SRDCE – Zahrňuje úder srdcového hrotu, polohu, posluch šelestov, šelestov karotíd, palpáciu vírov.

217 CIEVNA SÚSTAVA – Zahrňuje vyšetrenie varikóznych žíl, charakteru a kvality pulzácie, perifernej pulzácie, prejavov ochorení periférnych ciev

218 BRUCHO, KÝLA, PEČEŇ, SLEZINA – Zahrňuje inšpekciu brucha; palpáciu vnútorných orgánov; zvláštnu pozornosť venovať trieslovým kýlam.

219 ANUS, KONEČNÍK – Vyšetrenie len so súhlasom žiadateľa.

220 MOČOVÁ A POHLAVNÁ SÚSTAVA – Zahrňuje palpáciu obličiek; inšpekciu mužských/ženských reprodukčných orgánov len so súhlasom žiadateľa

221 ENDOKRINNÝ SYSTÉM – Zahrňuje inšpekciu, palpáciu ku zisteniu hormonálnych abnormalít/dysbalancií; štítnu žľazu.

222 HORNÉ A DOLNÉ KONČATINY, KĹBY – Zahrňuje úplný rozsah pohybov kĺbov a končatín, zistenie deformít, obŕn alebo amputácií. Prejavy artritídy.

223 CHRBTICA, OSTATNÉ ČASTI MUSKULOSKELÁLNEHO SYSTÉMU – Zahrňuje rozsah pohybov, abnormít kĺbov.

224 NEUROLOGICKÝ – REFLEXY ATĎ. – Zahrňuje vyšetrenie reflexov, pocitov, svalovej sily, vestibulárneho systému rovnováhy, Rombergovho testu atď.

225 PSYCHIATRICKY – Zahrňuje vzhľad, primeranú náladu/myslenia, neobvyklé chovanie.

226 KOŽA, IDENTIFIKAČNÉ ZNAKY A UZLINY – Zahrňuje inšpekciu kože; inšpekciu a palpáciu zväčšených uzlín atď. Stručne popíšte jazvy, tetovania, materské znamienka atď., ktoré by mohli poslúžiť pri identifikácii.

227 SYSTÉM CELKOVO– Všetky Ďalšie oblasti, systémy a stav výživy.

228 POZNÁMKY – Všetky poznámky, vysvetlivky alebo abnormity je potrebné popísať –ja ak je treba, pokračovať na zvláštnom liste, podpísanom a datovanom.

229 VIDENIE DO DIAĽKY NA 5/6 METROV – Každé oko vyšetriť zvlášť, a potom obe súčasne. Najprv bez korekcie, potom s okuliarmi (ak sú používané) a nakoniec s kontaktnými šošovkami, ak sú používané. Zrakovú ostrosť zaznamenajte do príslušných políčok. Zraková ostrosť sa zisťuje na vzdialenosť 5 alebo 6 metrov optotypmi pre príslušnú vzdialenosť.

230 VIDENIE NA STREDNÚ VZDIALENOSŤ 100 CM – Každé oko sa vyšetruje zvlášť, a potom obe dohromady. Najprv bez korekcie, potom s okuliarmi, pokiaľ sú používané a nakoniec s kontaktnými šošovkami, pokiaľ sú používané. Zrakovou ostrosť zaznamenajte v príslušných políčkach ako schopnosť čítať tabuľku N 14 na 100 cm (Áno/Nie).

231 VIDENIE DO BLÍZKA NA VZDIALENOSŤ 30–50 CM – Každé oko sa vyšetruje zvlášť, a potom obe dohromady. Najprv bez korekcie, potom s okuliarmi, pokiaľ sú používané a nakoniec s kontaktnými šošovkami,

pokiaľ sú používané. Zrakovú ostrosť zaznamenajte do príslušných políčok ako schopnosť čítať tabuľku N5 na 30–50 cm (Áno/Nie).

Poznámka: Bifokálne kontaktné šošovky a kontaktné šošovky korigujúce iba videnie do blízka nie sú prípustné.

232 OKULIARE – Zaškrtnite príslušné políčko, a tým vyznačte, či žiadateľ nosí alebo nenosí okuliare. Ak nosí, uveďte či sú unifokálne, bifokálne, multifokálne alebo delené.

233 KONTAKTNÉ ŠOŠOVKY – Zaškrtnite príslušné políčko, a tým vyznačte, či žiadateľ nosí alebo nenosí kontaktné šošovky. Pokiaľ nosí, uveďte typ podľa nasledujúceho zoznamu: tvrdé, mäkké, priepustné pre plyny alebo na jedno použitie.

313 FARBOCIT – Zaškrtnite príslušné políčko, a tým vyznačte, či je farbocit normálny alebo nie. U nenormálneho stavu uveďte čísla tabuliek z prvých 15 pseudoizochromatických tabuliek (Ishihara 24 tabuliek), ktoré neboli správne prečítané.

234 SLUCH – Zaškrtnite príslušné políčko, vymedzujúce úroveň sluchovej schopnosti, zisťované pre každé ucho zvlášť na vzdialenosť 2 m.

235 ROZBOR MOČU – Uveďte, či je výsledok rozboru moču normálny alebo nie zaškrtnutím príslušného políčka. Ak sa nezistia abnormálne zložky, uveďte NIČ v každom jednotlivom políčku.

236 PLÚCNE FUNKCIE – Jak je požadované alebo indikované, zapíšte aktuálne zistenú hodnotu FEV1/FVC v % a uveďte, či je normálny vzhľadom k výške, veku, pohlaviu a rase.

237 HEMOGLOBÍN – Zapíšte výsledok aktuálneho zistenia hemoglobínu a príslušné jednotky. Potom zaškrtnutím príslušného políčka uveďte, či ide, alebo nejde o normálnu hodnotu.

POLOŽKY 238–244 vrátane: POMOCNÉ VYŠETRENIA – Všetky políčka tohto oddielu musia byť zaškrtnuté. Pokiaľ test nie je požadovaný a nebol vykonaný, zaškrtnite políčko NEVKONAN0. Pokiaľ bol test vykonaný (buď preto, že sa požaduje alebo ako indikovaný) vyplňte príslušné políčko (normálny/abnormálny). U položky číslo 244 musí byť uvedené číslo ďalších pomocných vyšetrení.

247 DOPORUČENIE AME – Tlačenými písmenami by ste mali uviesť meno, dátum narodenia a registrační číslo žiadateľa. Zaškrtnutím príslušného políčka by mala byť stanovená zodpovedajúca trieda osvedčenia zdravotnej spôsobilosti. Ak znie posudkový záver „spôsobilý“ a ak boli osvedčenie zdravotnej spôsobilosti vydané, malo by toto byť uvedené zaškrtnutím príslušného políčka. Žiadateľovi môže byt priznaná zdravotná spôsobilosť nižšej triedy (napr. 2. triedy), ale súčasne odložená alebo nepriznaná zdravotná spôsobilosť pre vyššiu triedu (napr. 1. triedu). Ak nie je zdravotná spôsobilosť priznaná, malo by byť uvedené, podľa akého odstavca Časti-MED sa tak stalo. Pokiaľ je žiadateľ odoslaný k ďalšiemu posúdeniu, mal by byť uvedený dôvod a lekár alebo úrad vydávajúci preukazy spôsobilosti, ku ktorému je žiadateľ odoslaný.

248 POZNÁMKY, OBMEDZENIA ATĎ. – Tu by mali byť uvedené nálezy a hodnotenia AME všetkých abnormalít v anamnéze alebo pri vyšetrení. AME by mal taktiež uviesť všetky nutné obmedzenia.

249 PODROBNOSTI TÝKAJÚCE SA AME – V tejto časti by mal AME podpísať prehlásenie, v úplnosti vypísať svoje meno a adresu veľkými tlačenými písmenami, uviesť kontaktné údaje a nakoniec opečiatkovať príslušné políčko pečiatkou AME, obsahujúcim jeho číslo.

250 MIESTO A DÁTUM – Tu by malo byť uvedené miesto (mesto alebo obec) a dátum vyšetrenia. Dátum vyšetrenia je dátum celkového vyšetrenia a nie dátum dokončenia formulára. Ak je správa o lekárskej prehliadke ukončená k inému dátumu, uveďte tento dátum dokončenia v políčku 248 takto: „Správa uzatvorená dňa ……“.