

IEM FCL 3.095 (c) (8)

LETECKO-LEKÁRSKE ORL VYŠETRENIE

Vypíšte kompletne všetky rubriky na tejto strane veľkými tlačenými písmenami - pozri inštrukcie

Lekárske vyšetrenie vykonané v JAA štáte:

LEN PRE LEKÁRSKE ÚČELY

Údaje žiadateľa:

(1) Žiadosť určená JAA štátu:	(2) Žiadam o vydanie osvedčenia zdravotnej spôsobilosti triedy 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> iné <input type="checkbox"/>	
(3) Priezvisko:	(4) Predchádzajúce priezvisko:	(12) Vyšetrenie: Vstupné <input type="checkbox"/> Obnovenie/predĺženie <input type="checkbox"/>
(5) Krstné meno:	(6) Dátum narodenia:	(7) Pohlavie Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>
(13) Referenčné číslo:		

(401) **Súhlas s poskytnutím lekárskeho údajov:** Týmto súhlasím s poskytnutím všetkých informácií uvedených v tomto formulári a vo všetkých prílohách poverenému leteckému lekárovi, leteckému úradu a ak je to potrebné aj letecko-lekárskej sekcii v inom štáte. Súhlasím s tým, aby sa tieto dokumenty a iné elektronicky uskladnené údaje použili na posúdenie môjho zdravotného stavu a zostali vo vlastníctve leteckého úradu s podmienkou, že ja alebo môj praktický lekár môže do nich nahliadať podľa platných zákonov, a že tieto zdravotné údaje budú navždy zabezpečené ako dôverné.

Dátum: Podpis žiadateľa:..... Podpis vyšetrujúceho lekára (svedka):

(402) Druh vyšetrenia Vstupné <input type="checkbox"/> Špeciálne žiadané <input type="checkbox"/>	(403) ORL anamnéza:
---	---------------------

Klinické vyšetrenie

Vyšetří všetky údaje	Normal	Abnormal
(404) Hlava, tvár, krk, skalp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Ústna dutina, zuby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Hltan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Nosné priechody a nosohltan (vrátane prednej rinoskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Vestibul. Systém, Romberg. test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Reč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Paranasálne dutiny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Zvukovod, bubienok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatická otoskopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedančná tonometria vrátane Valsalvovho manévry (iba vstupné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) Čistá tónová audiometria

Hz	dB HL (hladina počuteľnosti)	
	Pravé ucho	Ľavé ucho
250		
500		
1 000		
2 000		
3 000		
4 000		
6 000		
8 000		

(420) Audiogram

o = Vpravo - - - = Vzdušné vedenie
x = Vľavo = Kostné vedenie

dB/HL								
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1 000	2 000	3 000	4 000	6 000	8 000

Ďalšie dodatkové testy (pokiaľ sú indikované)	Nevykonané	Norm.	Abnom.
(414) Rečová audiometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Zadná rinoskopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) EOG; spontánny a pozičný nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Diferenčný kalorický test alebo vestibulárny autorotačný test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Zrkadlová alebo fibroskopická laryngoskopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(421) ORL poznámky a odporúčania:

--

(422) Vyhlásenie vyšetrujúceho lekára:

Týmto potvrdzujem, že ja/moja letecko-lekárska skupina som/sme osobne vyšetřil/vyšetřili žiadateľa menovaného v tejto lekárskej správe a že táto lekárska správa s prípadnými prílohami obsahuje správne a úplné nálezy odborného očného lekárskeho vyšetrenia.

(423) Miesto a dátum:	Meno a adresa zodpovedného očného lekára: (veľké tlačené písmená):	Odtlačok pečiatky príslušného AME alebo očného odborného lekára s jeho číslom:
Podpis povereného leteckého lekára:	Číslo telefónu: Číslo faxu:	

[ZT 5, 01.12.06]

IEM FCL 3.095 (c) (9)

POKYNY NA VYPLNENIE FORMULÁRA LETECKO-LEKÁRSKE ORL VYŠETRENIE

Pri písaní sa musia používať **VELKÉ TLAČENÉ PÍSMENÁ**, písané **guľôčkovým perom** a údaje musia byť **čitateľné**. Pero pri písaní dostatočne tlačte, aby aj kópia formulára bola čitateľná. Vyplnenie formulára písacím strojom, alebo tlačiarňou je povolené a vítané. Ak je potrebné na odpoveď na niektorú otázku viac miesta, použite na to čistý hárok papiera, na ktorom musí byť uvedené meno žiadateľa, zodpovedaná otázka, podpis a dátum. Pokyny uvedené v ďalšom texte sa týkajú rovnako očíslovaných rubriík formulára *Letecko-lekárske ORL vyšetrenie*.

POZNÁMKA - Ak formulár *Letecko-lekárske ORL vyšetrenie* nie je vyplnený úplne alebo sú niektoré údaje nečitateľné, môže to mať za následok zamietnutie celej žiadosti a môže to viesť k pozastaveniu platnosti osvedčenia zdravotnej spôsobilosti. Uvedenie nepravdivých alebo zavádzajúcich informácií alebo zatajenie určitých podstatných informácií povereným leteckým lekárom môže mať za následok jeho trestné stíhanie, zamietnutie žiadosti žiadateľa alebo pozastavenie platnosti akéhokoľvek vydaného osvedčenia zdravotnej spôsobilosti.

VŠEOBECNE - AME alebo odborný očný lekár, ktorý vykonáva vyšetrenie si musí overiť identitu žiadateľa. Žiadateľ potom vyplní rubriky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 a 13 na formulári a potom napíše dátum a **podpíše súhlas o poskytnutí lekárskeho údajov** (rubrika 401) zároveň s vyšetrujúcim lekárom, ktorý sa podpíše ako svedok.

402 DRUH VYŠETRENIA - Zaškrtnite správne políčko.

Vstupné - Vstupné vyšetrenie na 1. triedu, tiež vstupné vyšetrenie pri rozšírení zdravotnej spôsobilosti z 2. triedy na 1. triedu (v rubrike 403 vyznačte rozšírenie spôsobilosti).

[]

Špeciálne vyžiadané - čiže NIE RUTINNÉ, neperiodické vyšetrenie vykonané za účelom vyšetrenia určitých ORL symptómov alebo abnormálneho nálezu.

403 ORL ANAMNÉZA - Sem uveďte všetky skutočnosti zasluhujúce si pozornosť alebo dôvody zvlášť vyžiadaného neperiodického vyšetrenia.

404 - 413 KLINICKÉ VYŠETRENIE - Tieto rubriky dohromady pokrývajú rozsah všeobecného klinického vyšetrenia. V každej rubrike musí byť výsledok vyšetrenia označený ako *Normálne* alebo *Abnormálne*. Všetky opisy abnormálnych náleзов alebo komentáre napíšte do rubriky 421.

414 - 418 VRÁTANE - DOPLNKOVÉ TESTY - Tieto testy sa vykonávajú iba ak sú indikované na podklade anamnézy alebo klinických náleзов. Nevykonávajú sa rutinne. U každého z týchto testov musí byť zaškrtnuté jedno políčko. Ak test nebol vykonaný, preškrtnite príslušnú rubriku a ak bol vykonaný, zaškrtnite políčko *Normálne* alebo *Abnormálne*. Všetky poznámky a abnormálne nálezy je treba uviesť v rubrike 421.

419 ČISTÁ TÓNOVÁ AUDIOMETRIA. Vyplňte čísla zodpovedajúce dB HL (Hearing level = hladina počuteľnosti) pre každé ucho zvlášť podľa uvedených frekvencií.

420 AUDIOGRAM - Zhotovte audiogram podľa čísiel zapísaných v rubrike 419.

421 ORL POZNÁMKY A ODPORÚČANIA - Napíšte sem všetky poznámky, abnormálne nálezy a pripomienky k hodnoteniu zdravotnej schopnosti. Napíšte tiež odporúčané obmedzenia. Ak existujú pochybnosti o určitých náleзоch, či odporúčaníach, vyšetrujúci lekár sa môže spojiť s AMS a konzultovať s ním tieto nejasnosti ešte pred napísaním konečného záveru svojej správy.

422 VYHLÁSENIE VYŠETRUJÚCEHO LEKÁRA - V tejto rubrike vyšetrujúci ORL lekár musí podpísať prehlásenie, napísať veľkými tlačenými písmenami svoje meno a adresu, napísať svoje kontaktné telefónne číslo (a pokiaľ je možné aj číslo faxu) a konečne opečiatkovať správu svojou pečiatkou, na ktorej je jeho číslo odborného lekára alebo AME.

423 MIESTO A DÁTUM - Napíšte miesto (mesto, obec) a dátum vykonania vyšetrenia. Dátumom vyšetrenia sa myslí dátum vykonania klinického vyšetrenia žiadateľa, nie dátum vyplnenia formulára. Ak sa formulár o ORL vyšetrení vyplňuje v iný deň ako bolo vykonané vyšetrenie, dátum vyplnenia formulára napíšte do rubriky 421 ako poznámku *Lekárska správa napísaná dňa*

[ZT 1, 01.12.00; ZT 5, 01.12.06]