Civilinės aviacijos specialistų sveikatos pažymėjimų ir keleivių salono

įgulos narių atestacijos medicininių pažymų išdavimo tvarkos aprašo

1 priedas



TRANSPORTO KOMPETENCIJŲ AGENTŪRA / ŠALIS-NARĖ

TRANSPORT COMPETENCE AGENCY REPUBLIC OF LITHUANIA / MEMBER STATE

**PRAŠYMAS SVEIKATOS PAŽYMĖJIMUI GAUTI /**

**APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE**

Atsakykite į visus klausimus, atsakymus rašykite didžiosiomis raidėmis. Perskaitykite instrukciją, kaip teisingai atsakyti į klausimus.

/Complete this page fully and in block capitals. Refer to instructions pages for details. KONFIDENCIALŪS DUOMENYS /MEDICAL IN CONFIDENCE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) Licenciją išdavusi valstybė / State of licence issue: | (2) Kokios klasės sveikatos pažymėjimą norite gauti /Medical certificate applied for:  1 klasės/class 🞏 2 klasės/class 🞏 LAPL 🞏 CCA 🞏 3 klasės/class 🞏 | | | | |
| (3) Pavardė /Surname: | (4) Anksčiau turėtos pavardės /Previous surname(s): | | | | (12) Prašymas /Application:  Pirminis /Initial **🞏**  Pratęsti/Atnaujinti **🞏**  /Revalidation/Renewal |
| (5) Vardas (-ai) /Forename(s): | (6) Gimimo data (dd/mm/mmmm)  /Date of birth (dd/mm/yyyy):  .……………………………... | | (7)Lytis /Sex:  Vyr. /Male **🞏** Mot./Female **🞏** | | (13) Bylos Nr.: /Reference number: |
| (8) Gimimo vieta ir valstybė /Place and country of birth: | (9) Pilietybė /Nationality: | | | | (14) Prašomos licencijos tipas  /Type of licence applied for: |
| (10) Pastovios gyvenamosios vietos adresas  /Permanent address: | (11) Pašto adresas (jei skiriasi) /Postal address (if different): | | | |  |
|  |  | | | | (15) Pagrindinės pareigos /Occupation (principal): |
| Valstybė /Country:  Telefono Nr.: /Telephone No.:  Mobiliojo tel. Nr. /Mobile No.:  El. pašto adresas /E-mail: | Valstybė /Country:  Telefono Nr.:  /Telephone No.: | | | | (16) Darbdavys /Employer:  (17) Paskutinė medicinos ekspertizė  /Last medical examination:  Data /Date:……………………………  Vieta /Place:………………………….. |
| (18) Turima aviacijos licencija (-s) (tipas) / Aviation Licence(s) held (type):………………………  Licencijos Nr.: /Licence No.…………………………………………….  Valstybė, išdavusi licenciją/  State of issue:…………………………………… | | (19) Licencijoje /Sveikatos pažymėjime nurodytos ypatingos būklės  / apribojimai. /Any limitations on Licence(s)/Medical certificate  Nėra /No 🞏 Yra /Yes 🞏  Apibūdinkite /Details:…………………………………………………….. | | | |
| (20) Ar kokia nors licencijavimo tarnyba praeityje nepripažino, sustabdė, nutraukė Jūsų sveikatos pažymėjimo galiojimą? /Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority?  Ne /No **🞏** Taip /Yes **🞏**  Data /Date:……………………… Valstybė /Country: ………………….……… | | (21) Bendrasis skrydžių laikas valandomis /Flight time hours total:  Val. Netaikoma 🞏  /Hrs / n/a | | (22) Skraidytų valandų skaičius po paskutinio sveikatos patikrinimo /Flight time hours since last medical examination:  Val. Netaikoma 🞏  /Hrs / n/a | |
| Apibūdinkite /Details: | | (23) Kokios klasės / tipo orlaiviais skraidote šiuo metu?  /Aircraft class/type(s) presently flown: Netaikoma 🞏  / n/a | | | |
| (24) Jūsų pilotuojamo orlaivio avarijos / incidentai po paskutinio sveikatos patikrinimo /Any aviation accident or reported incident since last medical examination?  Ne /No **🞏** Taip /Yes **🞏** | | (25) Numatomas skrydžių pobūdis /Type of flying intended:  Netaikoma 🞏  / n/a | | | |
| Data /Date:……………………. Vieta /Place:………………………………….  Apibūdinkite /Details: | | (26) Piloto veikla: skraidote lėktuvais, kurių įgulą sudaro / Present pilot activity:  Vienas pilotas /Single pilot **🞏**  Daugiau nei vienas pilotas /Multi pilot **🞏**  Skrydžių vadovo veikla /Current ATCO activity: ADI **🞏**  APS **🞏** ACS **🞏** | | | |
| (27) Ar vartojate alkoholį /Do you drink alcohol?  **🞏** Ne /No **🞏** Taip, nurodykite kiekį /Yes, amount | | (28) Ar šiuo metu vartojate vaistus? /Do you currently use any medication?  Ne /No **🞏** Taip /Yes **🞏**  Nurodykite vaistų pavadinimą, dozę, gydymo pradžios datą ir priežastį /State medication, dose, date started and why: | | | |
| (29) Ar rūkote? /Do you smoke tobacco?  **🞏** Ne, niekada / No, never   * Ne, data, kai mečiau /No, date stopped:……………………………… * Taip, nurodykite tipą ir kiekį /Yes, state type and amount: | |  | | | |

1 psl. iš 2 /page 1 of 2**Bendra ir ligų istorija: Ar sergate, arba esate sirgęs viena iš šių ligų? (Pažymėkite). Jei yra sveikatos pokyčių, įrašykite tai pastabų skiltyje (Nr. 30).**

**/General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? (Please tick). If yes, give details in remarks section (30).**

Taip Ne Taip Ne Taip Ne **Šeimos ligų istorija** Taip Ne

**/**Yes / No /Yes / No /Yes /No /**Family history of: /**Yes /No

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 101 Akių ligos / operacijos  / Eye trouble/eye operation |  |  | 112 Nosies, gerklės ligos, kalbos sutrikimai / Nose, throat or speech disorder |  |  | 123 Maliarija arba kitos tropinės ligos / Malaria or other tropical disease |  |  | 170 Širdies ligos  / Heart disease |  |  |
| 102 Nešiojate arba nošiojote akinius ir / ar kontaktinius lęšius  / Spectacles and/or contact lenses ever worn |  |  | 113 Galvos sužalojimas ar smegenų sukrėtimas  / Head injury or concussion |  |  | 124 Teigiamas ŽIV mėginys  / A positive HIV test |  |  | 171 Aukštas kraujo spaudimas  / High blood pressure |  |  |
| 114 Dažni ar stiprūs galvos skausmai /Frequent or severe headaches |  |  | 125 Lytiniu keliu plintančios ligos / Sexually transmitted disease |  |  | 172 Padidėjęs cholesterolio kiekis  / High cholesterol level |  |  |
| 103 Akinių, kontaktinių lęšių recepto pokyčiai po paskutinio sveikatos patikrinimo  / Spectacle/contact lens prescritions change since last medical exam. |  |  | 115 Galvos svaigimas ar alpimo priepuoliai / Dizziness or fainting spells |  |  | 126 Miego sutrikimai / apnėjos sindromas  / Sleep disorder/apnoea syndrome |  |  | 173 Epilepsija / Epilepsy |  |  |
| 116 Sąmonės praradimas dėl bet kurios priežasties  / Unconsciousness for any reason |  |  | 127 Skeleto raumenų susirgimai / pablogėjimas  / Musculoskeletal illness/impairment |  |  | 174 Psichinės ligos ar savižudybės šeimoje / Mental illness or siucide |  |  |
| 104 Šienligė, kitos alergijos  / Hay fever, other allergy |  |  | 117 Nervų ligos: insultas, epilepsija, priepuoliai, paralyžius ir kt. / Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc. |  |  | 128 Kitos ligos arba traumos  /Any other illness or injury |  |  | 175 Diabetas / Diabetes |  |  |
| 105 Astma, plaučių ligos  / Asthma, lung disease |  |  | 129 Gydymasis ligoninėje /Admission to hospital |  |  | 176 Tuberkuliozė / Tuberculosis |  |  |
| 106 Širdies ir kraujagyslių ligos  / Heart or vascular trouble |  |  | 118 Psichikos ligos, psichologiniai sutrikimai / Psychological/psychiatric trouble of any sort |  |  | 130 Apsilankymas pas gydytoją po paskutinio sveikatos patikrinimo  /Visit to medical practitioner since last medical examination |  |  | 177 Alergija / astma / egzema /Allergy/asthma/eczema |  |  |
| 107 Aukštas arba žemas kraujospūdis  / High or low blood pressure |  |  | 178 Paveldimos ligos / Inherited disorders |  |  |
| 108 Inkstų akmenligė arba kraujo pėdsakai šlapime  / Kidney stone or blood in urine |  |  | 119 Alkoholio, narkotikų, psichotropinių medžiagų vartojimas / Alcohol/drug/substance abuse |  |  | 131 Draudimo kompanijos atsisakymas sudaryti sveikatos draudimo sutartį  / Refusal of life insurance |  |  | 179 Glaukoma / Glaucoma |  |  |
| 109 Diabetas, hormonų sutrikimai / Diabetes, hormone disorder |  |  | 120 Mėginimas nusižudyti ar savęs žalojimas  / Attempted suicide or self-harm |  |  | 132 Nutrauktas, sustabdytas Jūsų licencijos galiojimas / Refusal of flying/ATCO licence |  |  | **Tik moterims /Females only:** | | |
| 110 Skrandžio, kepenų ar žarnyno ligos / Stomach, liver or intestinal trouble |  |  | 121 Būtinas gydymas dėl judėjimo ligos  / Motion sickness requiring medication |  |  | 133 Atleidimas nuo / iš karinės tarnybos dėl sveikatos būklės  / Medical rejection from or for military service |  |  |
| 150 Ginekologinės ligos, menstruacijų ciklo sutrikimai / Gynaecological, menstrual problems |  |  |
| 111 Kurtumas, ausų ligos  / Deafness, ear disorder |  |  | 122 Anemija / pjautuvo tipo ląstelės / kiti kraujo susirgimai  / Anaemia/sickle cell trait/other blood disorders |  |  | 134 Pensijos arba kompensacijos paskyrimas dėl sužeidimo arba ligos  / Award of pension or compensation for injury or illness |  |  | 151 Ar esate nėščia?  / Are you pregnant? |  |  |
| (30) **Pastabos:** Jei nėra jokių sveikatos pokyčių po paskutinio patikrinimo, įrašykite tai.  /**Remarks:** If previously reported and no change since, so state. | | | | | | | | | | | |
| (31) **PAREIŠKIMAS**: aš tvirtinu, kad, įdėmiai perskaitęs klausimus, pateikiau išsamius ir teisingus duomenis apie save ir nenuslėpiau nė vieno fakto dėl savo sveikatos būklės ir jos pokyčių bei duomenų apie atliktus papildomus tyrimus. Aš suprantu, kad dėl šiame pareiškime pateiktų neteisingų arba klaidinančių faktų apie savo sveikatą, licenzijuojanti institucija gali atsisakyti išduoti man sveikatos pažymėjimą arba gali nutraukti (sustabdyti) jo galiojimą.  /**DECLARATION:** I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.  **SUTIKIMAS PATEIKTI MEDICINOS DUOMENIS:** aš sutinku pateikti visą informaciją, esančią šioje formoje ir jos prieduose, apie mano sveikatos būklę AMG ir licencijavimo institucijos aviacijos medicinos vertintojui ir sutinku, kad šie dokumentai ar elektroniniu būdu saugomi duomenys būtų naudojami aviacijos medicinos išvadai padaryti ir kad jie taptų bei išliktų licencijavimo institucijos nuosavybe, paliekant man, mano AMG ir licencijuojančios institucijos ekspertui vertintojui teisę su jais susipažinti, kaip nustatyta įstatymuose. Visuomet laikysiuosi medicinos duomenų konfidencialumo.  **/CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**: I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the my licensing authority and to the medical assessor of the competent of my AME and to relevant medical professionals for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.  **PRANEŠIMAS APIE ASMENS DUOMENŲ ATSKLEIDIMĄ**: aš tvirtinu, kad esu informuotas ir suprantu, kad informacija, esanti šioje formoje ir jos prieduose bei sveikatos pažymėjime gali būti saugoma elektroninėje duomenų bazėje, kaip numatyta ARA.MED.130 ir teikiama AMG, siekiant susipažinti su mano duomenų istorija, kaip numatyta MED.A.035(b)(2)(ii)(iii), ir Europos Sąjungos šalių narių kompetetingos institucijos ekspertams-vertintojams, siekiant palengvinti ARA.MED.150(c)(4) vykdymą.  **NOTIFICATION OF DISCLOSURE OF PERSONNEL DATA**: I hereby declare that I have been informed and I understand that the data contained in my medical certificate according to ARA.MED.130 may be electronically stored and made available to my AME in order to provide historical data required in MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) and to the medical assessors of the competent authorities of the Member States in order to facilitate the enforcement of ARA.MED.150(c)(4)  --------------------------------------- -------------------------------------------------------------- -------------------------------------------------------------------------------------------------  Data /Date Prašančiojo asmens parašas /Signature of applicant AMG / Medicinos eksperto) parašas /Signature of AME/(Medical assessor) | | | | | | | | | | | |

2 psl. iš 2 /Page 2 of 2