Civilinės aviacijos specialistų sveikatos pažymėjimų ir keleivių salono

 įgulos narių atestacijos medicininių pažymų išdavimo tvarkos aprašo

 2 priedas



TRANSPORTO KOMPETENCIJŲ AGENTŪRA / ŠALIS-NARĖ

TRANSPORT COMPETENCE AGENCY REPUBLIC OF LITHUANIA / MEMBER STATE

**OTORINOLARINGOLOGO IŠVADOS LAPAS / OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT FORM**

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 for completion.

 Pareiškėjo duomenys /Applicant‘s details KONFIDENCIALŪS DUOMENYS /MEDICAL IN CONFIDENCE

|  |  |
| --- | --- |
| (1) Valstybė, į kurios licencijavimo įstaigą kreipiatės: /State applied to:  | (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 (vardai): /Forename(s):  | (6) Gimimo data:  /Date of birth: | (7) Lytis: /Sex: Vyr. /Male 🞏Mot. /Female 🞏  | (13) Bylos Nr.: /Reference number:  |
| (401)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 ir mano gydytojui 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 licensing authority, 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.----------------------------------- ------------------------------------------ --------------------------------------- Data /Date Tiriamojo parašas /Signature of applicant AMG parašas /Signature of AME  |
|  |
| (402) Tyrimas:/Examination category: Pirminis / Initial 🞏 Pratęsimas / Revalidation 🞏Atnaujinimas / Renewal 🞏Specialus nukreipimas/Special referral 🞏  | (403) Otorinolaringologinių ligų istorija:/Otorhinolaryngological history: |

Klinikinis tyrimas **/**Clinical examination

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Atsakykite į kiekvieną klausimą **/**Check each item | Norma /Normal | Nenorma/Abnormal  |  |  (419) Švaraus tono audiometrija **/**Pure tone audiometry |
| (404) Galva: veidas, kaklas, plaukuotoji dalis /Head, face, neck, scalp |  |  |  |   dB KS (klausos slenkstis) /dB HL (hearing level) |
| (405) Burnos ertmė, dantys /Buccal cavity, teeth |  |  |  | Hz | Dešinė ausis /Right ear | Kairė ausis /Left ear |
| (406) Gerklė /Pharynx |  |  |  | 250 |  |  |
| (407) Nosies landos ir gerklos (įskaitant priekinę rinoskopiją) |  |  |  | 500 |  |  |
| /Nasal passages and naso-pharynx (incl. anterior rhinoscopy) |  |  |  | 1000 |  |  |
| (408) Vestibulinė sistema (įskaitant Rombergo mėginį) /Vestibular system |  |  |  | 2000 |  |  |
| incl. Romberg test |  |  |  | 3000 |  |  |
| (409) Kalba, balsas /Speech, voice |  |  |  | 4000 |  |  |
| (410) Sinusai /Sinuses |  |  |  | 6000 |  |  |
| (411) Išorinės klausos landos, ausų būgneliai /Ext acoustic meati, tympanic membranes  |  |  |  | 8000 |  |  |
| (412) Pneumatinė otoskopija /Pneumatic otoscopy |  |  |  |  |
| (413) Timpanometrija, įskaitant Valsalvemėginį (pirminio tyrimo metu)  |  |  |  |  |
| /Impedance tympanometry including Valsalva menoeuvre (initial only) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  (420) Audiograma /Audiogram |
|  |  |  | o = dešinė /Right - - - - - - - = Oras /Air |
|  |  |  | x = Kairė /Left ............... = Kaulas /Bone |
|  |  |  |  |  | dB/KS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Papildomi tyrimai (jei reikia) /Additional testing (if indicated) | Neatliktas/Not performed  | Norma /Normal | Nenorma / Abnormal  |  | dB/HL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | -10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (414) Kalbos audiometrija /Speech audiometry |  |  |  |  |  0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (415)Užpakalinė rinoskopij./Posterior rhinoscopy |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (416) EOG; spontaninis ir pozicinis nistagmas  |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| /EOG; spontaneous and positional nystagnus |  |  |  |  | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (417) Kalorimetrinis arba autorotacinis tyrimas |  |  |  |  | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| /Differential caloric test or vestibular autorotation test |  |  |  |  | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (418) Laringoskopija /Mirror or fibre laryngoscopy  |  |  |  |  | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (421) Otorinolaringologo pastabos ir rekomendacijos: /Otorhinolaryngology remarks and recommendation: | 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Hz |  250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 |
|  |  |

(422) Otorinolaringologo pareiškimas: /Examiner’s declaration:

|  |
| --- |
| Tvirtinu, kad aš (mano vadovaujama gydytojų grupė) asmeniškai ištyriau šiame pranešime įvardytą kandidatą ir šiame pranešime bei jo prieduose esanti |
| informacija išsamiai ir teisingai atspindi visus šio tyrimo metu gautus duomenis. /I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly. |
| (423) Vieta: /Place:...............................................................Data: /Date:.............................................................. | Otorinolaringologo vardas, pavardė ir adresas:(didžiosiomis raidėmis) /ORL examiner’s name and address: (block capitals) | AMG arba gydytojo spaudas su jo Nr.:/AME or specialist stamp with No: |
| AMG parašas:/AME signature: |  |  |
|   | El. paštas/E-mail:Telefono Nr.**:**/Telephone No.: Telefakso Nr.: /Telefax No.: |  |

. 2 psl. Iš 2 /2 of 2