

FORMULÁR SPRÁVY O OTORINOLARYNGOLOGICKEJ PREHLIADKE

(AMC1 ARA.MED.135(b);(c), Annex II to ED Decision 2012/006/R, AMC1 ATCO.AR.F.020 Annex II to ED Decision 2015/010/R)

PODLIEHA LEKÁRSKEMU TAJOMSTVU

Tuto stranu vyplňte úplne a veľkými tlačiteľnými písmenami – viď pokyny na vyplnenie.

Údaje žiadateľa/-ky

(1) Žiadosť ku štátu:	(2) Požadované osvedčenie zdravotnej spôsobilosti 1. triedy <input type="checkbox"/> 2. triedy <input type="checkbox"/> 3. triedy <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/>	
(3) Priezvisko:	(4) Predchádzajúce priezvisko:	(12) Vyšetrenie : Vstupné <input type="checkbox"/> Predĺženie platnosti / obnova <input type="checkbox"/>
(5) Krstné meno:	(6) Dátum narodenia:	(7) Pohlavie Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>
(13) Registračné číslo:		
<p>(401) Súhlas s poskytnutím lekárskeho údajov: : Týmto dávam súhlas k poskytnutiu všetkých informácií, nachádzajúcich sa v tejto správe a v ktorejkoľvek alebo vo všetkých prílohách, poverenému leteckému lekárovi (AME) a v prípade potreby posudkovému lekárovi úradu vydávajúcemu preukazy spôsobilosti, s vedomím, že tieto dokumenty alebo elektronicky uchovávané údaje budú použité pre vyhotovenie osvedčenia zdravotnej spôsobilosti a zostanú majetkom úradu vydávajúceho preukazy spôsobilosti, za predpokladu, že ja alebo môj lekár k nim budeme mať prístup v súlade s platnou právnou úpravou. Za všetkých okolností bude dodržované lekárske tajomstvo.</p>		
Dátum: Podpis žiadateľa/-ky: Podpis vyšetrujúceho lekára (svedka):		

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

Klinické vyšetrenie

Vyšetrenie všetkých údajov	Normálny	Abnormálny
(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) Priechodnosť nosa a nosohltanu (vrátane prednej rinoskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Vestibulárny systém, vrátane Rombergovho testu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Reč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Paranasálne dutiny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Vonkajšie zvukovody, bubienky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatická otoskopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Impedančná tympanometria vrátane Valsalvovho manévru (iba vstupné)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) Čistá tónová audiometria

dB HL (hladina počuteľnosti)

Hz	Pravé ucho	Ľavé ucho
250		
500		
1 000		
2 000		
3 000		
4 000		
6 000		
8 000		

(420) Audiogram

dB/HL	o = Vpravo - - - = Vzdušné vedenie x = Vľavo = Kostné vedenie							
	250	500	1 000	2 000	3 000	4 000	6 000	8 000
-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

Doplňujúce vyšetrenia (pokiaľ sú indikované)	Nevykonalé	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 polohový nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Diferenciálny 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) Vyhlasenie 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 ORL lekárskeho vyšetrenia.

(423) Miesto a dátum: Podpis povereného leteckého lekára:	Meno a adresa vyšetrujúceho ORL lekára: (veľkými tlačiteľnými písmenami): Email: Číslo telefónu: Číslo faxu:	Odtlačok pečiatky príslušného AME alebo ORL odborného lekára s jeho číslom:
--	---	---

POKYNY PRE VYPLNENIE FORMULÁRA SPRÁVY O OTORINOLARYNGOLOGICKEJ PREHLIADKE

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 sa uvedie meno žiadateľa, meno a podpis AME alebo špecialistu – otorinolaryngológa, ktorý prehliadku vykonal, a dátum podpisu. Nasledovné očíslované pokyny platia pre očíslované titulky vo formulári správy o otorinolaryngologickej prehliadke.

Neúplné alebo nečitateľné vyplnenie formuláru 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 vyšetrujúcim lekárom môže mať za následok trestné stíhanie, zamietnutie žiadosti alebo odňatie akéhokoľvek z už vystavených osvedčení zdravotnej spôsobilosti.

AME alebo špecialista – otorinolaryngológ vykonávajúci vyšetrenie by mal overiť totožnosť žiadateľa. Žiadateľ by mal byť následne požiadaný o vyplnenie položiek 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 a 13 formulára a svojim podpisom a dátumom dať súhlas s poskytnutím lekárskeho údajov (položka 401), pričom vyšetrujúci lekár pripojí svoj podpis ako svedok.

402 KATEGÓRIE VYŠETRENÍ – Zaškrtnite príslušné políčko.
Vstupné – Vstupné vyšetrenie pre 1. triedu; taktiež vstupné vyšetrenie pri postupe z 2. triedy na 1. triedu (poznačte „postup“ v položke 403).
Konziliárne – NERUTINNÉ vyšetrenie ku zisteniu ORL príznakov alebo nálezu.

403 ORINOLARYNGOLOGICKÁ ANAMNÉZA – uveďte tu podrobne všetky významné údaje alebo dôvody konzília.

POLOŽKY 404–413 vrátane: KLINICKÉ VYŠETRENIE – Tieto položky spoločne tvoria celkové klinické vyšetrenie a každá by mala byť označená ako normálny alebo abnormálny. Všetky abnormálne nálezy s ich komentárom by mali byť uvedené v položke 421.

POLOŽKY 414–418 vrátane: DOPLŇUJÚCE VYŠETRENIA – Tieto vyšetrenia sa vykonávajú iba z indikácie z anamnézy alebo klinického nálezu a rutinne sa nepožadujú. Pre každé vyšetrenie musí byť zaškrtnuté jedno z políčok – ak test nebol vykonaný, zaškrtnite toto políčko – ak test bol vykonaný, zaškrtnite príslušné políčko pre normálny alebo abnormálny výsledok. Všetky poznámky a abnormálne nálezy by mali byť uvedené v položke 421.

419 TÓNOVÁ AUDIOMETRIA – Vyplňte údaje v dB HL (hearing level) pre každé ucho vo všetkých vypísaných frekvenciách.

420 AUDIOGRAM – Vyplňte audiogram podľa údajov v položke 419.

421 POZNÁMKY A DOPORUČENIA OTORINOLARYNGOLÓGA – Tu zapíšete všetky poznámky, abnormálne nálezy a výsledky hodnotenia. Uveďte tiež všetky odporúčané obmedzenia. Jak sú akékoľvek pochybnosti o nálezoch alebo odporúčaníach, môže sa vyšetrujúci lekár spojiť s AMS a poradiť sa s ňou skôr, ako uzavrie formulár správy.

422 ÚDAJE O VYŠETRUJÚCOM OTORINOLARYNGOLÓGOVI – V tejto položke musí vyšetrujúci otorinolaryngológ podpísať vyhlásenie, uviesť plné meno a adresu tlačeným písmom, kontaktné údaje a nakoniec opečiatkovať formulár úradnou pečiatkou obsahujúcou jeho číslo AME alebo špecializácie.

423 MIESTO A DÁTUM – Zapíšete miesto (mesto alebo obec) a dátum vyšetrenia. Dátum vyšetrenia je dátumom klinického vyšetrenia a nie dátumom uzatvorenia formulára. Ak je správa o ORL prehliadke uzatvorená k inému dátumu, zapíšete dátum uzatvorenia v položke 421 takto „Správa uzatvorená dňa“.