



CIVILINĖS AVIACIJOS ADMINISTRACIJA / ŠALIS NARĖ
/CIVIL AVIATION ADMINISTRATION REPUBLIC OF LITHUANIA/MEMBER STATE

OFTALMOLOGO IŠVADOS LAPAS / OPHTHALMOLOGY 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 / Revalidation ☐ Atnaujinti / Renewal ☐	
(5) Vardas (vardai): / Forename(s):	(6) Gimimo data: / Date of birth:	(7) Lytis: / Sex: Yr. / Male ☐ Mot. / Female ☐	(13) Bylos Nr.: / Reference number:

(301) 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

Tiriamąjį parašas /Signature of applicant

AME parašas /Signature of AME

(302) Tyrimas: /Examination category: Pirminis / Initial ☐ Pratęsti / Revalidation ☐ Atnaujinti / Renewal ☐ Specialus nukreipimas / Special referral ☐	(303) Akių ligų istorija: / Ophthalmological history:
--	---

Klinikinis tyrimas /Clinical examination

Rega / Visual acuity

Atsakykite į kiekvieną klausimą
/ Check each item

Norma /
Normal

Nenorma /
Abnormal

(314) Tolimoji rega 5-6 m atstumu / Distant vision at 5m/6m

Nekoreguota
/ Uncorrected

Akiniai
/ Spectacles

Kont. lęšiai
/ Contact lenses

(304) Akys: bendra apžiūra, vokai / Eyes, external & eyelids			Dešinė akis / Right eye		Koreguota iki / Corrected to		
(305) Akys: apžiūra plyšine lempa, oftalmoskopija / Eyes, Exterior (slit lamp, ophth.)			Kairė akis / Left eye		Koreguota iki / Corrected to		
			Abi akys / Both eyes		Koreguota iki / Corrected to		
(306) Akių padėtis ir judesiai / Eye position and movements			(315) Vidutinė rega 1 m atstumu / Intermediate vision at 1m				
			Nekoreguota / Uncorrected				
			Akiniai / Spectacles				
			Kont. lęšiai / Contact lenses				
(307) Akiplotis (konfrontacija) / Visual fields (confrontation)			Dešinė akis / Right eye		Koreguota iki / Corrected to		
(308) Vyzdžių refleksai / Pupillary reflexes			Kairė akis / Left eye		Koreguota iki / Corrected to		
(309) Akių dugnas (oftalmoskopija) / Fundi (Ophthalmoscopy)			Abi akys / Both eyes		Koreguota iki / Corrected to		
(310) Konvergencija / Convergence	cm		(316) Artimoji rega 30-50 cm atstumu / Near vision at 30-50cm				
			Nekoreguota / Uncorrected				
			Akiniai / Spectacles				
			Kont. lęšiai / Contact lenses				
(311) Akomodacija / Accommodation	D		Dešinė akis / Right eye		Koreguota iki / Corrected to		
			Kairė akis / Left eye		Koreguota iki / Corrected to		
(312) Akių raumenų jėgos sutrikimai (prizmės dioptrijomis) / Ocular muscle balance (in prisme dioptries)			Abi akys / Both eyes		Koreguota iki / Corrected to		
5-6 metrų atstumu / Distant at 5m/6m		30-50 cm atstumu / Near at 30-50 cm					

Orto	Orto
Ezo	Ezo
Egzo	Egzo
Hyper	Hyper
Ciklo / Cyclo	Ciklo / Cyclo
Tropija / Tropic	Taip / Yes ☐ Ne / No ☐
Forija / Phoria	Taip / Yes ☐ Ne / No ☐
Akių fuzijos rezervas: /Fusional reserve testing:	
Neatlikta / Not performed	☐
Norma / Normal	☐
Nenorma / Abnormal	☐
(313) Spalvų suvokimas /Colour perception	
Pseudo - izochromatinės lentelės / Pseudo-Isochromatic plates	Tipas: Ishihara / (24 lentelės) / Type: Ishihara (24 plates)
Lentelių kiekis: /No of plates:	Klaidų kiekis: / No of errors:
Ar būtinas detalus spalvų suvokimo tyrimas? /Advanced colour perception testing indicated	
	Taip / Yes ☐ Ne / No ☐
Metodas: /Method:	
Spalvų suvokimas /Colour perception:	
	Saugus / Colour SAFE ☐ Nesaugus / Colour UNSAFE ☐
Normalus trichromatas /Normal trichromate	
	Taip / Yes ☐ Ne / No ☐

(317) Refrakcija / Refraction	Sfera /Sph	Cilindras /Cylinder	Ašis /Axis	Artima /Near (add)
Dešinė akis / Right eye				
Kairė akis / Left eye				
Atliktas akių refrakcijos tyrimas / Actual refraction examined ☐				
Duomenys parašyti pagal akinių receptą / Spectacles prescription based ☐				
(318) Akiniai /Spectacles		(319) Kontaktiniai lęšiai /Contact lenses		
Taip / Yes ☐ Ne / No ☐		Taip / Yes ☐ Ne / No ☐		
Rūšis: / Type:		Rūšis: / Type:		
(320) Akispūdis /Intra-ocular pressure				
Dešinė (mmHg) /Right (mmHg)		Kairė (mmHg) /Left (mmHg)		
Metodas: / Method:		Norma ☐ Nenorma ☐ / Normal / Abnormal		

(321) Oftalmologo pastabos ir rekomendacijos: /Ophthalmological remarks and recommendation:

(322) Oftalmologo 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.		
(323) VIETA: / PLACE:.....	Oftalmologo vardas, pavardė ir adresas (didžiosiomis raidėmis): / Ophth examiner's name and address: (block capitals)	AMG arba gydytojo specialisto spaudas su jo Nr.: / AME or specialist stamp with No.:
DATA: / DATE:	El. paštas: / E-mail: Telefono Nr.: / Telephone No.: Telefakso Nr.: Telefax No.:	
AMG parašas: / AME signature		