



TRANSPORTO KOMPETENCIJŲ AGENTŪRA / ŠALIS-NARĖ
TRANSPORT COMPETENCE AGENCY REPUBLIC OF LITHUANIA / MEMBER STATE

PSICHINĖS SVEIKATOS VERTINIMO KLAUSIMYNAS / MENTHAL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

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.

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:	(13) Bylos Nr.: /Reference number:
		Vyr. /Male ☐	
		Mot. /Female ☐	

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 šiamo 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 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 _____

KLAUSIMYNAS / QUESTIONNAIRE

(Klausimyną pildo pareiškėjas AMG priežiūroje/ Must be filled by candidate under the AME oversight)

Eil.Nr. No	KLAUSIMAI / OPEN QUESTIONS	Taip Yes	Ne No
1.	Ar Jums kada buvo taikytas psichologo ar psichiatro skirtas gydymas ? / Have you ever got any Psychiatric or Psychological Treatment?		
2.	Ar esate kada patyręs kokių nors reikšmingų ar svarbių stresą keliančių įvykių dabartiniame darbe ir/ar gyvenime? / Have you got any significant stressors or relevant event in current work and/or life?		
3.	Ar esate kada patyręs kokį nors nelaimingą atsitikimą ar incidentą? / Did you get any accident or incident?		
4.	Ar keitėsi paskutiniu metu Jūsų profesinė padėtis (pareigos, draugai, atlyginimas, viršininkas...)? / Does your professional situation has changed recently (position, mates, salary, boss...)?		
5.	Ar esate patenkintas esama šeimos situacija? / Are you satisfied with your family status?		
6.	Ar žinote kokia svarbi psichinė sveikata aviacijoje? / Are you aware of how relevant it is the Mental Health in Aviation?		
7.	Ar pasikeitė Jūsų miego įpročiai paskutiniu metu? / Has your sleep pattern changed recently?		

Eil.Nr. No.	KLAUSIMAI /OPEN QUESTIONS	Taip / Yes	Ne / No
8.	Ar esate motyvuotas savo darbe? / Do you feel motivated in your job?		
9.	Kartais jaučiuosi kaltas dėl alkoholio vartojimo / Sometimes I feel guilty due to alcohol		
10.	Mano finansinė padėtis yra priimtina / My finances are acceptable		
11.	Man sunku kontroliuoti savo nuotaiką / It is hard for me to control my mood		
12.	Daugelis kolegų yra geri mano draugai / Many colleagues are good friends		
13.	Ar reikšmingai keitėsi Jūsų svoris paskutiniu metu? / Have you had any major changes in your weight lately?		
14.	Darbe gera ir draugiška atmosfera / There is a good work atmosphere		
15.	Kartais sunku pakankamai pasitikėti savimi / Sometimes it is hard to keep myself confident enough		
16.	Kartais aš vartoju vaistus ar kt. medžiagas, kad geriau jausčiausi / Sometimes I use medications or substances to keep me better		
19.	Aš galvoju apie darbo pakeitimą / I am thinking in moving to a new job		
20.	Man labai lengva atsiriboti nuo dabartinio darbo / It is very easy for me to disconnect of my current work		

PASTABOS / NOTES:

Vertinimas ir veiksmai / Evaluation and Actions:

Klausimyno rezultatai / Result of the Questionnaire

NORMA/
NORMAL ☐

NENORMA/
ABNORMAL ☐

**Siuntimas psichologui/psichiatrui /
Referral to psychologist/psychiatrist**

TAIP/
YES ☐

NE/
NO ☐

AME pareiškimas / AME 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.		
Vieta /Place: Data /Date:	AMG vardas, pavardė ir adresas: / AME name and address:	AMG spaudas su suteiktu Nr.: / AME stamp with certificate No.:
AMG parašas:/ AME signature	El. paštas:/ E-mail: Telefono Nr.:/ Telephone No.:	