PATVIRTINTA
Civilinės aviacijos administracijos direktoriaus
2015 m. balandžio 27 d. įsakymu Nr. 4R-74
(Civilinės aviacijos administracijos direktoriaus
2016 m. lapkričio 22 d. įsakymo Nr. 4R-231
redakcija)

1 priedas

CIVILINĖS AVIACIJOS ADMINISTRACIJA / ŠALIS-NARĖ
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION 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 for completion. 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/Revalidation ☐ /Atnaujinti/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: Valstybė /Country: Telefono Nr.: /Telephone No.: Mobiliojo tel. Nr. /Mobile No.: El. Pašto adresas /E-mail:	(11) Pašto adresas (jei skiriasi) /Postal address (if different): Valstybė /Country: Telefono Nr.: /Telephone No.:	(15) Pagrindinės pareigos /Occupation (principal): (16) Darbdavys /Employer: (17) Kada paskutinį kartą rašėte prašymą sveikatos pažymėjimui gauti? /Last medical examination: Data /Date:…… Vieta /Place:……..

(18) Turima licencija (-s) (tipas) /Licence(s) held (type):…… Licencijos Nr.: /Licence No.…… Valstybė, išdavusi licenciją/ State of licence issue:……	(19) Licencijoje /Sveikatos pažymėjime nurodytos ypatingos būklės / apribojimai. /Any limitations on Licence(s)/Medical certificate held Nėra /No ☐ Yra /Yes ☐ Apibūdinkite /Details:……..
(20) Ar kokia nors licencijavimo tarnyba praeityje nepripažino, sustabdė, nutraukė Jūsų sveikatos pažymėjimo galiojimą? /Have you ever had a medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority? Ne /No ☐ Taip /Yes ☐ Data /Date:…… Valstybė /Country: …… Apibūdinkite /Details:	(21) Bendrasis skrydžių laikas valandomis /Flight time total: Val. /Hrs Netaikoma ☐ / n/a (22) Skraidytų valandų skaičius po paskutinio sveikatos patikrinimo /Flight time since last medical: Val. /Hrs Netaikoma ☐ / n/a (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 ☐ Data /Date:…… Vieta /Place:…… Apibūdinkite /Details:	(25) Numatomas skrydžių pobūdis /Type of flying intended: Netaikoma ☐ / n/a (26) Skraidote lėktuvais, kurių įgulą sudaro /Present flying activity: Vienas pilotas /Single pilot ☐ Daugiau nei vienas pilotas /Multi pilot ☐ Skrydžių vadovo veikla /Current ATCO activity: Bokštas/Tower ☐ Radaras/Radar ☐ Kita/Other ATCO ☐
(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:	

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 /Yes	Ne / No		Taip /Yes	Ne / No		Taip /Yes	Ne /No	**Šeimos ligų istorija /Family history of:**	Taip /Yes	Ne /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 nešiojote 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 pažymėjimo 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	Prašančiojo asmens parašas /Signature of applicant	AMG / Medicinos eksperto) parašas /Signature of AME/(Medical assessor)