



LIETUVOS RESPUBLIKOS 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 <input type="checkbox"/> 2 klasės/class <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> 3 klasės/class <input type="checkbox"/>	
(3) Pavardė /Surname:		(4) Anksčiau turėtos pavardės /Previous surname(s):	
(5) Vardas (-ai) /Forename(s):		(6) Gimimo data (dd/mm/yyyy) /Date of birth (dd/mm/yyyy):	
(8) Gimimo vieta ir valstybė /Place and country of birth:		(9) Pilietybė /Nationality:	
(10) Pastovios gyvenamosios vietos adresas /Permanent address:		(11) Pašto adresas (jei skiriasi) /Postal address (if different):	
(12) Prašymas /Application: Pirminis /Initial <input type="checkbox"/> Pratęsti/Revalidation <input type="checkbox"/> /Atnaujinti/Renewal <input type="checkbox"/>		(13) Bylos Nr.: /Reference number:	
(14) Prašomos licencijos tipas /Type of licence applied for:		(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 <input type="checkbox"/> Yra /Yes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Taip /Yes <input type="checkbox"/> Data /Date:..... Valstybė /Country: .....		(21) Bendrasis skrydžių laikas valandomis /Flight time total: Val. Netaikoma <input type="checkbox"/> /Hrs / n/a	
(22) Skraidytų valandų skaičius po paskutinio sveikatos patikrinimo /Flight time since last medical: Val. Netaikoma <input type="checkbox"/> /Hrs / n/a		(23) Kokios klasės / tipo orlaiviais skraidote šiuo metu? /Aircraft class/type(s) presently flown: Netaikoma <input type="checkbox"/> / n/a	
(24) Jūsų pilotuojamo orlaivio avarijos / incidentai po paskutinio sveikatos patikrinimo /Any aviation accident or reported incident since last medical examination? Ne /No <input type="checkbox"/> Taip /Yes <input type="checkbox"/> Data /Date:..... Vieta /Place:.....		(25) Numatomas skrydžių pobūdis /Type of flying intended: Netaikoma <input type="checkbox"/> / n/a	
(26) Skraidote lėktuvais, kurių įgulą sudaro /Present flying activity: Vienas pilotas /Single pilot <input type="checkbox"/> Daugiau nei vienas pilotas /Multi pilot <input type="checkbox"/> Skrydžių vadovo veikla /Current ATCO activity: Bokštas/Tower <input type="checkbox"/> Radaras/Radar <input type="checkbox"/> Kita/Other ATCO <input type="checkbox"/>		(27) Ar vartojate alkoholį /Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Ne /No <input type="checkbox"/> Taip, nurodykite kiekį /Yes, amount	
(28) Ar šiuo metu vartojate vaistus? /Do you currently use any medication? Ne /No <input type="checkbox"/> Taip /Yes <input type="checkbox"/> Nurodykite vaistų pavadinimą, dozę, gydymo pradžios datą ir priežastį /State medication, dose, date started and why:		(29) Ar rūkote? /Do you smoke tobacco? <input type="checkbox"/> Ne, niekada / No, never <input type="checkbox"/> Ne, data, kai mečiau /No, date stopped:..... <input type="checkbox"/> 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 Ne		Taip Ne		Taip Ne		Šeimos ligų istorija		Taip Ne				
		/Yes /No		/Yes /No		/Yes /No		/Family history of:		/Yes /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 nošiojote 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 Akiinių, kontaktinių lęšių recepto pokyčiai po paskutinio sveikatos patikrinimo /Spectacle/contact lens prescriptions 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 /Mental illness		
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 traumas /Any other illness or injury				175 Diabetas /Diabetes		
105 Astma, plaučių ligos /Asthma, lung disease								129 Gydimasis 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 nusizudyti /Attempted suicide				132 Nutrauktas, sustabdytas Jūsų licencijos galiojimas /Refusal of flying/ATCO licence				<b>Tik moterims /Females only:</b> 150 Ginekologinės ligos, menstruacijų ciklo sutrikimai /Gynaecological, menstrual problems		
110 Skrandžio, kepenų ar žarnyno ligos /Stomach, liver or intestinal trouble				121 Būtinai gydymas dėl judėjimo ligos /Motion sickness requiring medication				133 Atleidimas nuo / iš karinės tarnybos dėl sveikatos būklės /Medical rejection from or for military service						
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, Civilinės aviacijos administracijos Aviacijos medicinos skyrius gali neišduoti 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 aviacijos medicinos gydytoji ir licencijavimo institucijos aviacijos medicinos vertintojai 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 gydytojai 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

-----  
AME / Sveikatos vertintojo) parašas /Signature of AME/(Medical assessor)