



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

OTORINOLARINGOLOGO IŠVADOS LAPAS /OTORHINOLARYNGOLOGY 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 <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):	(12) Prašymas /Application: Pirminis /Initial <input type="checkbox"/> Pratęsti / Atnaujinti /Revalidation/Renewal <input type="checkbox"/>	
(5) Vardas (vardai): /Forename(s):	(6) Gimimo data: /Date of birth:	(7) Lytis: /Sex: Vyr. /Male <input type="checkbox"/> Mot. /Female <input type="checkbox"/>	(13) Bylos Nr.: /Reference number:
<p>(401) SUTIKIMAS PATEIKTI MEDICINOS DUOMENIS: aš sutinku pateikti visą informaciją, esančią šioje formoje ir jos prieduose, apie mano sveikatos būklę aviacijos medicinos gydytojui 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.</p> <p>/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.</p>			
----- Data /Date	----- Tiriamąjo parašas /Signature of applicant	----- AME parašas /Signature of AME	

(402) Tyrimas: /Examination category: Pirminis /Initial <input type="checkbox"/> Pratęsimas, atnaujinimas /Revalidation, renewal <input type="checkbox"/> Specialus nukreipimas /Special referral <input type="checkbox"/>	(403) Otorinolarinologinių ligų istorija: /Otorhinolaryngological history:
---	--

Klinikinis tyrimas /Clinical examination

Atsakykite į kiekvieną klausimą /Check each item	Norma /Normal	Nenorma /Abnormal
(404) Galva: veidas, kaklas, plaukuotoji dalis /Head, face, neck, scalp		
(405) Burnos ertmė, dantys /Buccal cavity, teeth		
(406) Gerklė /Pharynx		
(407) Nosies landos ir gerklos (įskaitant priekinę rinoskopiją) /Nasal passages and naso-pharynx (incl. anterior rhinoscopy)		
(408) Vestibulinė sistema (įskaitant Rombergo mėginį) /Vestibular system incl. Romberg test		
(409) Kalba, balsas /Speech, voice		
(410) Sinusai /Sinuses		
(411) Išorinės klausos landos, ausų būgneliai /Ext acoustic meati, tympanic membranes		
(412) Pneumatinė otoskopija /Pneumatic otoscopy		
(413) Timpanometrija, įskaitant Valsalve mėginį (pirminio tyrimo metu) /Impedance tympanometry including		

(419) Švaraus tono audiometrija /Pure tone audiometry

dB KS (klausos slenkstis) /dB HL (hearing level)		
Hz	Dešinė ausis /Right ear	Kairė ausis /Left ear
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

Valsalva menoeuvre (initial only)															
				(420) Audiograma / Audiogram											
				o = dešinė / Right				----- = Oras / Air							
				x = Kairė / Left			 = Kaulas / Bone							
Papildomi tyrimai (jei reikia) / Additional testing (if indicated)	Neatliktas / Not performed	Norma / Normal	Nenorma / Abnormal	dB/KS											
				dB/HL											
(414) Kalbos audiometrija / Speech audiometry				-10											
(415) Užpakalinė rinoskopij. / Posterior rhinoscopy				0											
(416) EOG; spontaniškas ir pozicinis nistagmas / EOG; spontaneous and positional nystagnus				10											
(417) Kalorimetrinis arba autorotacinis tyrimas / Differential caloric test or vestibular autorotation test				20											
(418) Laringoskopija / Mirror or fibre laryngoscopy				30											
(421) Otorinolaringologo pastabos ir rekomendacijos: / Otorhinolaryngology remarks and recommendation:				40											
				50											
				60											
				70											
				80											
				90											
				100											
				110											
				120											
				Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000			

(422) Otorinolaringologo 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.

(423) Vieta: /Place:..... Data: /Date:.....	Otorinolaringologo vardas, pavardė ir adresas: (didžiosiomis raidėmis) /ORL examiner's name and address: (block capitals)	AME arba gydytojo spaudas su jo Nr.: /AME or specialist stamp with No:
	AME parašas: /AME signature:	