



LIETUVOS RESPUBLIKOS 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 <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>(301) 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		----- Tiriamojo parašas /Signature of applicant	
		----- AME parašas /Signature of AME	

(302) Tyrimas: /Examination category: Pirminis /Initial <input type="checkbox"/> Pratęsti /Revalidation <input type="checkbox"/> Atnaujinti /Renewal <input type="checkbox"/> Specialus nukreipimas /Special referral <input type="checkbox"/>	(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		
(312) Akių raumenų jėgos sutrikimai (prizmės dioptrijomis)				Kairė akis /Left eye	Koreguota iki /Corrected to		
				Abi akys	Koreguota iki /Corrected to		

/Ocular muscle balance (in prisme dioptres)		/Both eyes				
5-6 metrų atstumu /Distant at 5m/6m	30-50 cm atstumu /Near at 30-50 cm					
Orto	Orto	(317) Refrakcija /Refraction	Sfera /Sph	Cilindras /Cylinder	Ašis /Axis	Artima /Near (add)
Ezo	Ezo	Dešinė akis /Right eye				
Egzo	Egzo	Kairė akis /Left eye				
Hyper	Hyper	Atliktas akių refrakcijos tyrimas /Actual refraction examined <input type="checkbox"/>				
Ciklo /Cyclo	Ciklo /Cyclo	Duomenys parašyti pagal akinių receptą /Spectacles prescription based <input type="checkbox"/>				
Tropija /Tropia	Taip /Yes <input type="checkbox"/>	Ne /No <input type="checkbox"/>		(318) Akiniai /Spectacles		
Forija /Phoria	Taip /Yes <input type="checkbox"/>	Ne /No <input type="checkbox"/>		(319) Kontaktiniai lęšiai /Contact lenses		
Akių fuzijos rezervas: /Fusional reserve testing:		Taip /Yes <input type="checkbox"/>		Ne /No <input type="checkbox"/>		Taip /Yes <input type="checkbox"/>
Neatlikta /Not performed <input type="checkbox"/>						Ne /No <input type="checkbox"/>
Norma /Normal <input type="checkbox"/>						
Nenorma /Abnormal <input type="checkbox"/>						
(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 <input type="checkbox"/>		Ne /No <input type="checkbox"/>		
Metodas: /Method:						
Spalvų suvokimas /Colour perception:		Saugus /Colour SAFE <input type="checkbox"/>		Norma <input type="checkbox"/>		
		Nesaugus /Colour UNSAFE <input type="checkbox"/>		Nenorma <input type="checkbox"/>		
Normalus trichromatas /Normal trichromate				/Normal <input type="checkbox"/>		
Taip /Yes <input type="checkbox"/>		Ne /No <input type="checkbox"/>				
(320) Akispūdis /Intra-ocular pressure						
Dešinė (mmHg) /Right (mmHg)			Kairė (mmHg) /Left (mmHg)			
Metodas: /Method:				Norma <input type="checkbox"/>		
				Nenorma <input type="checkbox"/>		
				/Normal <input type="checkbox"/>		
				/Abnormal <input type="checkbox"/>		
(321) Oftalmologo pastabos ir rekomendacijos: /Ophthalmological remarks and recommendation:						

(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)	AME arba gydytojo specialisto spaudas su jo Nr.: /AME or specialist stamp with No.:
DATA: /DATE:		
AME parašas: /AME signature	El. paštas: /E-mail:	
	Telefono Nr.: /Telephone No.:	
	Telefakso Nr.: /Telefax No.:	