



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

Užtamsintų langelių pildyti nebūtina /Shaded areas do not require completion

**MEDICININĖS IŠVADOS LAPAS LAPL KANDIDATAMS**  
**/MEDICAL EXAMINATION REPORT FORM FOR LAPL APPLICANTS**

KONFIDENCIALŪS DUOMENYS /MEDICAL IN CONFIDENCE

(201) Sveikatos patikrinimas /Examination Category Pirminis /Initial <input type="checkbox"/> Pratęsti /Revalidation <input type="checkbox"/>  Atnaujinti /Renewal <input type="checkbox"/>  Specialus nukreipimas /Special referral <input type="checkbox"/>	(202) Ūgis (cm) /Height (cm)	(203) Svoris(kg) /Weight (kg)	(204) Akių spalva /Colour Eye	(205) Plaukų spalva /Colour Hair	(206) Kraujospūdis sėdint (mmHg) /Blood pressure-seated (mmHg)		(207) Širdies susitraukimai poilsio metu /Pulse - resting	
					Sistolinis /Systolic	Diastolinis /Diastolic	Dažnis (šspm) /Rate (bpm)	Ritmiškumas /Rhythm Ritmiškas /regular <input type="checkbox"/> Neritmišk. /irregular <input type="checkbox"/>

Klinikinis tyrimas /Clinical exam:

Atsakykite į kiekvieną klausimą /Check each item

Norma /Normal      Nenorma /Abnormal

Norma /Normal      Nenorma /Abnormal

(208) Galva: veidas, kaklas, plaukuotoji dalis /Head, face, neck, scalp		(218) Pilvas, išvaržos, kepenys, blužnis /Abdomen, hernia, liver, spleen	
(209) Burnos ertmė, gerklė, dantys /Mouth, throat, teeth		(219) Tiesioji žarna, išangė /Anus, rectum	
(210) Nosis, sinusai /Nose, sinuses		(220) Urogenitalinė sistema /Genito – urinary system	
(211) Ausys, ausų būgneliai, jų judrumas /Ears, drums, eardrum motility		(221) Endokrininė sistema /Endocrine system	
(212) Akys - priedai ir akiuduobės, regos laukai /eyes – orbit & adnexa; visual fields		(222) Viršutinės ir apatinės galūnės ir sąnariai /Upper & lower limbs, joints	
(213) Akys – vyzdžiai ir akių dugnas /Eyes – pupils and optic fundi		(223) Stuburas, likusi atramos ir judėjimo sistema /Spine, other musculoskeletal	
(214) Akys – judrumas, nistagmas /Eyes – ocular motility; nystagmus		(224) Nervų sistema – refleksai ir kt. /Neurologic – reflexes, etc.	
(215) Plaučiai, krūtinės ląsta, krūtys /Lungs, chest, breasts		(225) Psichinė būklė /Psychiatric	
(216) Širdis /Heart		(226) Oda, limfos apytakos sistema, ypatingos žymės /Skin, identifying marks and lymphatics	
(217) Kraujagyslių sistema /Vascular system		(227) Bendra būklė /General systemic	
(228) Pastabos: detalizuokite kiekvieną pataloginį radinį, pažymėdami klausimo numerį prieš komentarą /Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment.			

Rega /Visual acuity

(229) Tolimoji rega 5-6 m atstumu /Distant vision at 5m /6m

	Nekoreguota /Uncorrected	Akiniai /Spectacles	Kont. lęšiai /Cont. lenses
Dešinė akis /Right eye	Koreguota iki /Corr. to		
Kairė akis /Left eye	Koreg. iki /Corr. to		
Abi akys /Both eyes	Koreg. iki /Corr. to		

(236) Plaučių funkcija /Pulmonary function      (237) Hemoglobinas /Haemoglobin

FEV <sub>1</sub> / FVC _____ %	_____ (vnt.) / (unit)
Norma /Normal <input type="checkbox"/>	Norma /Normal <input type="checkbox"/>
Nenorma /Abnormal <input type="checkbox"/>	Nenorma /Abnormal <input type="checkbox"/>

(230) Vidutinė rega /Intermediate vision

Nr.14 100 cm atstumu /N 14 at 100 cm

	Nekoreguota /Uncorrected		Koreguota /Corrected	
	Taip /Yes	Ne /No	Taip /Yes	Ne /No
Dešinė akis /Right eye				
Kairė akis /Left eye				
Abi akys /Both eyes				

(235) Šlapimo tyrimas /Urinalysis      Norma /Normal       Nenorma /Abnormal

Glukozė /Glucose	Baltymas /Protein	Kraujas /Blood	Kiti /Other
------------------	-------------------	----------------	-------------

Papildomi tyrimai /Accompanying Reports

	Neatlikta /Not performed	Norma /Normal	Nenorma / Abnormal / Komentarai /Abnormal / Comment
(238) EKG /ECG			
(239) Audiograma /Audiogram			
(240) Oftalmologija /Ophthalmology			
(241) LOR /ORL (ENT)			
(242) Lipidų kiekis kraujyje /Blood lipids			
(243) Plaučių funkciniai mėginiai /Pulmonary function			
(244) Kita (kas?)			

231) Artimoji rega /Near vision

Nr.5 30-50 cm atstumu /N 5 at 30-50 cm

	Nekoreguota /Uncorrected		Koreguota /Corrected	
	Taip /Yes	Ne /No	Taip /Yes	Ne /No
Dešinė akis /Right eye				
Kairė akis /Left eye				
Abi akys				

/Both eyes

/Other (What?)

(232) Akiniai  
/Glasses

(233) Kontaktiniai lęšiai  
/Contact lenses

Taip /Yes <input type="checkbox"/> Ne /No <input type="checkbox"/>		Taip /Yes <input type="checkbox"/> Ne /No <input type="checkbox"/>		
Rūšis: /Type		Rūšis: /Type		
Refrakcija /Refraction	Sfera /Sph	Cilindras /Cyl	Ašis /Axis	Pridėti, papild. /Add
Dešinė akis /Right eye				
Kairė akis /Left eye				

(313) Spalvų suvokimas /Colour perception

Norma /Normal   
Nenorma /Abnormal

Pseudo-izochromatinės lentelės /Pseudo-isochromatic plates  
Tipas /Type: IŠIHAROS (24 lentelės) /ISHIHARA (24 plates)

Lentelių kiekis:  
/No of plates

Klaidų kiekis:  
/No of errors

(234) Klausos /Hearing  
(kai neatlikti 239 / 241 tyrimai /When  
239/241 not performed)

Dešinė ausis  
/Right ear

Kairė ausis  
/Left ear

Šnekamoji kalba 2 metrų atstumu pasisukus nugarą į AME /Conversational voice test (2m) with back turned to examiner	Taip /Yes <input type="checkbox"/>	Taip /Yes <input type="checkbox"/>
	Ne /No <input type="checkbox"/>	Ne /No <input type="checkbox"/>

Audiometrija /Audiometry

Hz	500	1000	2000	3000
Dešinė /Right				
Kairė /Left				

(247) AME rekomendacija /AME recommendation

Kandidato vardas, pavardė: \_\_\_\_\_ Gimimo data: \_\_\_\_\_ Bylos numeris: \_\_\_\_\_  
/Name of applicant: \_\_\_\_\_ /Date of birth: \_\_\_\_\_ /Reference number: \_\_\_\_\_

Tinkamas LAPL sveikatos pažymėjimui gauti /Fit for medical certificate for LAPL

LAPL sveikatos pažymėjimas išduotas pagal pasirašytą kopiją (pridedama) /Medical certificate issued by undersigned (copy attached) for LAPL

Neatitinka /Unfit for class: \_\_\_\_\_ klasės reikalavimų

Reikalingi papildomi tyrimai. Jei taip, nurodykite kodėl ir konsultanto specialybę /Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom?:

(248) Komentarai, Apribojimai:  
/Comments, limitations

(249) 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.

(250) Vieta: /Place:.....  Data: /Date:.....	AME vardas, pavardė ir adresas: /AME name and address:  El. paštas: /E-mail: Telefono Nr.: /Telephone No.: Telefakso Nr.: /Telefax No.:	AME spaudas su suteiktu Nr.: /AME certificate No.:
AME parašas: /AME signature		