

Sağlık Muayene Raporu
(Medical Examination Report)

Tıbbi Standart Evrak No: 161
Tıbbi Gizli Evrak

(201) Muayene Kategorisi : İlk <input type="checkbox"/> Yen./Yeniden değ. <input type="checkbox"/> Genişletilmiş <input type="checkbox"/>	(202) Boy : cm	(203) Kilo : kg	(204) Göz Rengi :	(205) Saç Rengi :	(206) Kan basıncı-Oturarak : Sistolik Diyastolik	(207) Nabız – Dinlenme : Hız Ritm
--	-------------------	--------------------	-------------------	-------------------	--	---

Klinik muayene : Her maddeyi işaretleyiniz Normal Anormal Normal Anormal

(208) Baş, yüz, boyun, saçlı deri			(218) Abdomen, fitklar, karaciğer, dalak		
(209) Ağız, boğaz, dişler			(219) Anüs, rektum		
(210) Burun, sinüsler			(220) Genito-üriner sistem		
(211) Kulak, kulak zarı, kulak zarı motilitesi			(221) Endokrin sistem		
(212) Gözler – orbita & ekleri, görme alanları			(222) Üst ve alt ekstremiteler, eklemler		
(213) Gözler – pupiller ve göz dibi			(223) Omurga, diğer iskelet-kas sistemi		
(214) Gözler – göz hareketleri, nistagmus			(224) Nöroloji – refleksler v.s.		
(215) Akciğerler, göğüs, memeler			(225) Psikiyatri		
(216) Kalp			(226) Cilt, belirleyici işaretler ve lenfatikler		
(217) Damar sistemi			(227) Genel sistemik		

(228) **Notlar :** Her anormal bulguyu tanımlayınız. Her yorumdan önce uygun madde numarasını giriniz.

Görme keskinliği : EKTEDİR

(229) 5m/6m'de uzak görüş :	Gözlük	Kontakt lens
Sağ Göz	Düzeltilme	
Sol Göz	Düzeltilme	
Her iki göz	Düzeltilme	
(230) Orta Görüş : 100 cm.de N14	Düzeltilmemiş	Düzeltilmiş
	Evet	Hayır
Sağ Göz		
Sol Göz		
Her iki göz		
(231) Yakın Görüş : 30-50 cm.de N5	Düzeltilmemiş	Düzeltilmiş
	Evet	Hayır
Sağ Göz		
Sol Göz		
Her iki göz		

(232) Gözlük :	(233) Kontakt Lens :			
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>			
Tip:	Tip:			
Refraksiyon	Sph	Cyl	Axis	Add
Sağ Göz				
Sol Göz				

(234) İşitme :	Sağ Kulak	Sol Kulak
Fısıltı Testi: Doktora arkası dönük 2 m.de	Evet <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>
	Hayır <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

Odyometri :						
HZ	500	1000	2000	3000	4000	8000
Sağ						
Sol						

(235) İdrar tahlili: Normal Anormal

Şeker:	Protein:	Kan:	Diğer:
---------------	-----------------	-------------	---------------

(248) **Yorumlar, kısıtlamalar, sınırlamalar :**

Raporun tamamlandığı tarih :

(249) **Yetkili Uçuş Tabibinin Beyanı : SHT-OPS-SAĞLIK ,ICAO EK 1 BÖLÜM 6 ve JAR-FCL-3 CLASS II ŞARTLARINDA YAPILAN MUAYENESİ SONUCUNDA KABİN EKİBİ ÜYELİĞİNE ELVERİŞLİDİR.**

Ben/AME grubumun bu sağlık muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve bu muayene raporunda ve eklerindeki bulgularımızın tamamının doğru olduğunu beyan ederim.

(250) Yeri ve tarihi: İSTANBUL FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	AME'nin Adı ve Adresi: (Büyük Harflerle)	AME Kaşesi, AME No. ve Mühür
Yetkili Uçuş Tabibinin (AME) İmzası		

(236) Pulmoner fonksiyon :	(237) Hemoglobin :		
Pik Akış Hızı	l/dak		
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>		
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>		
Eşlik eden tetkikler	Yapılmadı	Normal	Anormal
(238) EKG			
(239) Odyogram			
(240) Oftalmoloji			
(241) (KBB)			
(242) Akciğer grafisi			
(243) Kan lipitleri			
(244) Pulmoner fonksiyon testleri			
(245) EEG			
Diğer			
(246) Renk Algılama			
Psüdo-isokromatik Plaklar		Tip :	
Plak Sayısı :		Hata Sayısı :	

(247) **Yetkili Uçuş Tabibi (AME) Kararı: KABİN MEMURU OLUR.**

Başvuru sahibinin adı _____

- Uygun olduğu sınıf **KABİN MEMURU--** (ICAO Annex I/JAR-FCL 3'e göre)
 Onaylanan sağlık sertifikası sınıfı **II** (ICAO Annex I/JAR-FCL 3'e göre)

Uygun olmadığı sınıf _____ Teşhis :
ICAO Annex I / JAR-FCL 3'ün ilgili madde(ler) :

- Daha ileri değerlendirme için sevk edilmiştir. Neden ve hangi uzmana?