

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, fitiklar, 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

Sağ Göz	Düzeltilmemiş		Düzeltilmiş	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sol Göz				
Her iki göz				

(231) Yakın Görüş : 30-50 cm.de N5

Sağ Göz	Düzeltilmemiş		Düzeltilmiş	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
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"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <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 :

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) Yer ve tarih: 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) Hemogloblin :

Pik Akış Hızı	l/dak	g/dl
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: 2.SINIF PİLOTAJA ELVERİŞLİDİR.

Başvuru sahibinin adı _____

Uygun olduğu sınıf **II** (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)i :

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