

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

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

(234) <b>İşitme :</b>	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"/>

<b>Odyometri :</b>						
HZ	500	1000	2000	3000	4000	8000
Sağ						
Sol						

(235) **İdrar tahlili:** Normal  Anormal

<b>Şeker:</b>	<b>Protein:</b>	<b>Kan:</b>	<b>Diğer:</b>
---------------	-----------------	-------------	---------------

(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: <b>İSTANBUL FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ</b>	AME'nin Adı ve Adresi: (Büyük Harflerle)	AME Kaşesi, AME No. ve Mühür
Yetkili Uçuş Tabibinin (AME) İmzası		

(236) <b>Pulmoner fonksiyon :</b>	(237) <b>Hemoglobin :</b>		
Pik Akış Hızı	l/dak		
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>		
	g/dl		
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>		
<b>Eşlik eden tetkikler</b>	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: 1.SINIF PİLOTAJA ELVERİŞLİDİR.**

Başvuru sahibinin adı _____
<input type="checkbox"/> Uygun olduğu sınıf _____ I _____ (ICAO Annex I/JAR-FCL 3'e göre)
<input type="checkbox"/> Onaylanan sağlık sertifikası sınıfı _____ I _____ (ICAO Annex I/JAR-FCL 3'e göre)
Uygun olmadığı sınıf _____ Teşhis : _____
ICAO Annex I / JAR-FCL 3'ün ilgili madde(ler) : _____
<input type="checkbox"/> Daha ileri değerlendirme için sevk edilmiştir. Neden ve hangi uzmana?