**FORMULÁŘ ZPRÁVY O OTORINOLARYNGOLOGICKÉ PROHLÍDCE**

Tuto stranu vyplňte úplně a velkým tiskacím písmem – viz pokyny pro vyplnění. VÁZÁNO LÉKAŘSKÝM TAJEMSTVÍM

Údaje o žadateli

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1) Žádost ke státu: | (2) Požadováno osvědčení zdravotní způsobilosti Třída 1  Třída 2  Třída 3  | | |
| (3)Příjmení: | (4) Dřívější příjmení: | | (12) Žádost: Vstupní   Prodloužení / Obnova  |
| (5) Křestní jméno: | (6) Datum narození: | (7) Pohlaví: Muž   Žena  | (13) Registrační číslo: |
| (401) **Souhlas s poskytnutím lékařské informace:** Tímto dávám souhlas k poskytnutí všech informací, obsažených v této zprávě a v kterémkoli nebo všech doplňcích, určenému leteckému lékaři (AME) a v případě potřeby posudkovému lékaři úřadu vydávajícímu průkazy způsobilosti s vědomím,m že tyto dokumenty nebo electronicky uchovávané údaje budou použitypro vyhotovení osvědčení zdravotní způsobilosti a zůstanou majetkem úřadu vydávajícího průkazy způsobilosti, za předpokladu, že já nebo můje lékař k nim budeme mít přístup v souladu s platnou právní úpravou. Za všech okolností bude dodržováno lékařské tajemství  --------------------------------------- -------------------------------------------------------------- --------------------------------------------------------------  Datum Podpis žadatele Podpis AME | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| (402) Vyšetření kategorie: | (403) Otorrinolaryngologická anamnéza: |
| Vstupní   Prodloužení / obnova  |  |
| Konziliární  |  |

**Klinické vyšetření**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zaškrtněte každou položku | Normální | Abnormální |
| (404) Hlava, obličej, krk, vlasatá část |  |  |
| (405) Dutina ústní, zuby |  |  |
| (406) Hltan |  |  |
| (407) Průchodnost nosu a nosohltanu |  |  |
| (včetně přední rhinoskopie) |
| (408) Vestibulární system, vč. Rombergova testu |  |  |
| (409) Řeč/hlas |  |  |
| (410) Vedlejší dutiny |  |  |
| (411) Vnější zvukovody, bubínky |  |  |
| (412) Pneumatická otoskopie |  |  |
| (413) Impedanční tympanometrie včetně Valsalvova manévru |  |  |
| (jen při vstupním vyšetření) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Doplňková vyšetření* (pokud jsou indikována) | Neprove- | Normální | Abnormální |
| deno |
| (414) Řečová audiometrie |  |  |  |
| (415) Zadní rhinoskopie |  |  |  |
| (416) EOG; spontánní a polohový nystagmus |  | | |
| (417) Diferenciální kalorický test nebo vestibulární |  | | |
| autorotační test |
| (418) Laryngoskopie – zrcátkem nebo vláknitou optikou |  | | |

(421) **Poznámky a doporučení otorinolaryngologa:**

**(422)**  **Prohlášení vyšetřujícího lékaře:**

(419) *Tónová audiometrie*

dB HL (hladina slyšení)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hz | Right ear | Left ear |
| 250 |  |  |
| 500 |  |  |
| 1000 |  |  |
| 2000 |  |  |
| 3000 |  |  |
| 4000 |  |  |
| 6000 |  |  |
| 8000 |  |  |

(420) *Audiogram*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | o = vpravo – – – = vzduch  x = vlevo .......... = kost | | | | | | | |
| dB/HL |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| –10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hz 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 800 | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Potvrzuji tímto, že žadatel, jmenovitě uvedený v této zprávě o lékařské prohlídce, byl mnou/mou skuopinou AME osobně vyšetřen a že tato zpráva s připojenými doplňky obsahuje úplné a správné nálezy. | | |
| (423) Místo a datum: | Jméno a adresa vyšetřujícího otorinolarynghologa: (velkými tiskacími písmeny) | Razítko AME nebo specialisty s číslem AME: |
| Podpis AME: | E-mail:  Telefonní číslo: Fax: |

**POKYNY PRO VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE ZPRÁVY O OTORINOLARYNGOLOGICKÉ PROHLÍDCE**

Písmo by mělo být čitelné, psané velkými tiskacími písmeny pomocí kuličkového pera. Vyplnění tohoto formuláře psacím strojem/tiskem je také přijatelné. Pokud je k zodpovězení otázek potřeba více místa, měl by být použit čistý list papíru, kde se uvede jméno žadatele, jméno a podpis AME nebo specialisty – otorinolaryngologa, který prohlídku provedl, a datum podpisu. Následující očíslované pokyny platí pro očíslované titulky ve formuláři zprávy o otorinolaryngologické prohlídce.

Neúplné nebo nečitelné vyplnění formuláře zprávy o lékařské prohlídce může vést k nepřijetí žádosti jako celku a může vést k odnětí jakýchkoliv vydaných osvědčení zdravotní způsobilosti. Uvedení nepravdivých nebo zavádějících údajů nebo zatajení relevantních informací vyšetřujícím lékařem může mít za následek trestní postih, zamítnutí žádosti nebo odnětí jakéhokoli z již vystavených osvědčení zdravotní způsobilosti.

AME nebo specialista – otorinolaryngolog provádějící vyšetření by měl ověřit totožnost žadatele. Žadatel by měl být následně požádán o vyplnění položek 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 a 13 formuláře a svým podpisem a datem dát souhlas s poskytnutím lékařské informace (položka 401), přičemž vyšetřující lékař připojí svůj podpis jako svědek.

402 kategorie vyšetření – Zaškrtněte příslušné políčko.

Vstupní – Vstupní vyšetření pro 1. třídu; také vstupní vyšetření při postupu z 2. třídy na 1. třídu (poznačte „postup“ v položce 403).

Konziliární – NERUTINNÍ vyšetření ke zjištění ORL příznaku nebo nálezu.

403 otorinolaryngologická anamnéza – uveďte zde podrobně všechny významné údaje nebo důvody konzilia.

položky 404–413 včetně: klinické vyšetření – Tyto položky společně tvoří celkové klinické vyšetření a každá by měla být označena jako normální nebo abnormální. Všechny abnormální nálezy s jejich komentářem by měly být uvedeny v položce 421.

položky 414–418 včetně: doplňková vyšetření – Tato vyšetření se provádějí pouze z indikace z anamnézy nebo klinického nálezu a rutinně se nepožadují. Pro každý test musí být zaškrtnuto jedno z políček – pokud test nebyl proveden, zaškrtněte toto políčko – pokud test byl proveden, zaškrtněte příslušné políčko pro normální nebo abnormální výsledek. Všechny poznámky a abnormální nálezy by měly být uvedeny v položce 421.

419 tónová audiometrie – Vyplňte údaje v dB HL (hearing level) pro každé ucho ve všech vypsaných frekvencích.

420 audiogram – Vyplňte audiogram podle údajů v položce 419.

421 poznámky a doporučení otorinolaryngologa – Zde zapište všechny poznámky, abnormální nálezy a výsledky hodnocení. Uveďte také všechna doporučovaná omezení. Jsou-li jakékoli pochybnosti o nálezech nebo doporučeních, může se vyšetřující lékař spojit s AMS a poradit se s ní dříve, než uzavře formulář zprávy.

422 údaje o vyšetřujícím otorinolaryngologovi – V této položce musí vyšetřující otorinolaryngolog podepsat prohlášení, uvést plné jméno a adresu tiskacím písmem, kontaktní údaje a nakonec orazítkovat formulář úředním razítkem obsahujícím jeho číslo AME nebo specialisty.

423 místo a datum – Zapište místo (město nebo obec) a datum vyšetření. Datum vyšetření je datem klinického vyšetření a nikoli datem uzavření formuláře. Pokud je zpráva o ORL prohlídce uzavřena k jinému datu, zapište datum uzavření v položce 421 takto „Zpráva uzavřena dne ………“.