

FORMULÁR SPRÁVY O OFTALMOLOGICKEJ PREHLIADKE
(AMC1 ARA.MED.135(b);(c), Annex II to ED Decision 2012/006/R, AMC1 ATCO.AR.F.020 Annex II to ED Decision 2015/010/R)

VIAZANÉ LEKÁRSKYM TAJOMSTVOM

Túto stranu vyplňte úplne a veľkými tlačenými písmenami – vid'. pokyny pre vyplnenie.

Údaje o žiadateľovi/-ke

(1) Žiadosť ku štátu:	(2) Požadované osvedčenie zdravotnej spôsobilosti 1.triedy <input type="checkbox"/> 2. triedy <input type="checkbox"/> 3 triedy <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/>		
(3) Priezvisko:	(4) Predchádzajúce priezvisko:	(12) Vyšetrenie Vstupné <input type="checkbox"/> Predĺženie platnosti / obnova <input type="checkbox"/>	
(5) Krstné meno:	(6) Dátum narodenia:	(7) Pohlavie: Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	(13) Referenčné číslo:

(301) **Súhlas s poskytnutím lekárskeho údajov:** Týmto dávam súhlas k poskytnutiu všetkých informácií, nachádzajúcich sa v tejto správe a v ktorejkoľvek alebo vo všetkých prílohách, poverenému leteckému lekárovi (AME) a v prípade potreby posudkovému lekárovi úradu vydávajúceho preukazy spôsobilosti, s vedomím, že tieto dokumenty alebo elektronicky uchovávané údaje budú použité pre vyhotovenie osvedčenia zdravotnej spôsobilosti a zostanú majetkom úradu vydávajúceho preukazy spôsobilosti, za predpokladu, že ja alebo môj lekár k nim budeme mať prístup v súlade s platnou právnou úpravou. Za všetkých okolností bude dodržované lekárske tajomstvo.

Dátum: _____ Podpis žiadateľa/-ky: _____ Podpis vyšetrujúceho lekára (svedka) _____

302) Druh vyšetrenia Vstupné <input type="checkbox"/> Obnovenie platnosti <input type="checkbox"/> Predĺženie <input type="checkbox"/> Konziliárne <input type="checkbox"/>	303) Oftalmologická anamnéza:
---	-------------------------------

Klinické vyšetrenie

Zaškrtnite každú položku	Normálne	Abnormálne
(304) Oči zvonka, očné viečka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Oči povrch (štrbinová lampa, oft.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Postavenie očí a ich pohyblivosť	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Zorné polia (porovnanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Zreničkové reflexy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Očné pozadie (oftalmoskopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Konvergencia	cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Akomodácia	D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) **Rovnováha očných svalov (v prizmatických dioptriách)**

Na vzdialenosť 5/6 metrov	Do blízka 30-50 cm
Orto	Orto
Ezo	Ezo
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropia: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Foria: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Testované rezervy fúzie: Nevykonané <input type="checkbox"/> Normálne <input type="checkbox"/> Abnormálne <input type="checkbox"/>	

(313) **Farbocit**

Pseudo-Isochromatické tabuľky	Typ:
Počet testovaných tabuliek:	Počet chýb:
Sú indikované doplnkové testy vyšetrenia farbocitu	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Metóda:	
Farebne SPOEHLIVÝ <input type="checkbox"/>	Farebne NESPOEHLIVÝ <input type="checkbox"/>

(321) **Poznámky a odporúčania oftalmológa:**

--

(322) **Vyhlasenie vyšetrujúceho lekára:**

Týmto potvrdzujem, že ja/moja letecko-lekárska skupina som/sme osobne vyšetřil/vyšetřili žiadateľa menovaného v tejto lekárskej správe a že táto lekárska správa s prípadnými prílohami obsahuje správne a úplné nálezy odborného očnéo lekárskeho vyšetřenia.

(323) Miesto a dátum: Podpis povereného leteckého lekára:	Meno a adresa zodpovedného očnéo lekára: (veľké tlačené písmená) E-mail: Číslo telefónu: Číslo faxu:	Odtlačok pečiatky príslušného AME alebo očnéo odborného lekára s jeho číslom :
--	--	--

Zraková ostrosť

(314) **Videnie do diaľky na 5 m/6**
nekorigované

	Okuliare	Kont. šošovky
Pravé oko <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ľavé oko <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obidve oči <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(315) **Intermediárne videnie na 1 m**
nekorigované

	Okuliare	Kont. šošovky
Pravé oko <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ľavé oko <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obidve oči <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(316) **Videnie do blízka na 30-50 cm**
nekorigované

	Okuliare	Kont. šošovky
Pravé oko <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ľavé oko <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obidve oči <input type="checkbox"/>	Veľkosť kor. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(317) **Refrakcia**

	Sph	Cylinder	Os	Do blízka
Pravé oko				
Ľavé oko				
Vyšetřená aktuálna refrakcia <input type="checkbox"/>		Predpis okuliarov indikovaný <input type="checkbox"/>		

(318) **Okuliare**

Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Typ:	Typ:

(319) **Kontaktné šošovky**

(320) **Vnútroočný tlak**

Vpravo (mmHg)	VTavo (mmHg)
Metóda Normálna <input type="checkbox"/>	Abnormálna <input type="checkbox"/>

POKYNY NA VYPLNENIE FORMULÁRA SPRÁVY O OFTALMOLOGICKOM VYŠETRENÍ

Písmo by malo byť čitateľné, písané veľkými tlačenými písmenami pomocou guľôčkového pera. Vyplnenie tohto formulára písacím strojom/tlačiarňou je tiež prijateľné. Ak je k zodpovedaniu otázok potrebné viac miesta, mal by byť použitý čistý list papiera, kde sa uvedie meno žiadateľa, meno a podpis AME alebo oftalmológa, ktorý prehliadku vykonal, a dátum podpisu. Nasledujúce očíslované pokyny platia pre očíslované titulky vo formulári správy o oftalmologickej prehliadke.

Neúplné alebo nečitateľné vyplnenie formulára správy o lekárskej prehliadke môže viesť k neprijatiu žiadosti ako celku a môže viesť k odňatiu akýchkoľvek vydaných osvedčení zdravotnej spôsobilosti. Uvedenie nepravdivých alebo zavádzajúcich údajov alebo zatajenie relevantných informácií vyšetrujúcim lekárom môže mať za následok trestný postih, zamietnutie žiadosti alebo odňatie akéhokoľvek z už vystavených osvedčení zdravotnej spôsobilosti.

AME alebo špecialista – oftalmológ vykonávajúci vyšetrenie by mal overiť totožnosť žiadateľa. Žiadateľ by mal byť následne požiadaný o vyplnenie položiek 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 a 13 formulára a svojím podpisom a dátumom dať súhlas s poskytnutím lekárskej informácie (položka 301), pričom vyšetrujúci lekár pripojí svoj podpis ako svedok.

302 KATEGORIE VYŠETRENÍ – Zaškrtnite príslušné políčko.
Vstupné – Vstupné vyšetrenie pre 1 a 2. triedu; taktiež vstupné vyšetrenie pri postupe z 2. triedy na 1. (poznačte „postup“ v položke 303).
Obnovenie/predĺženie platnosti – nasleduje úplné oftalmologické vyšetrenie (pri refrakčnej chybe).
Konziliárne – NERUTINNÉ vyšetrenie ku zisteniu oftalmologického príznaku alebo nálezu.

303 OFTALMOLOGICKÁ ANAMNÉZA – Uveďte podrobne každý anamnesticky údaj alebo dôvod konzília.

POLOŽKY 304–309 vrátane: KLINICKÉ VYŠETRENIE – Tieto položky spoločne tvoria celkové klinické vyšetrenie a každá by mala byť označená ako normálny alebo abnormálny. Všetky abnormálne nálezy alebo poznámky o vyšetrení by mali byť uvedené v položke 321.

310 KONVERGENCIA – Uveďte bod konvergencie do blízka v cm meraný pomocou pravítka pre meranie blízkeho bodu RAF. Zaškrtnite prosím tiež, či je nález normálny alebo abnormálny. Všetky abnormálne nálezy alebo poznámky o vyšetrení uveďte v položke 321.

311 AKOMODÁCIA – Uveďte číselné hodnoty v dioptriách namerané pravítkom pre meranie blízkeho bodu RAF alebo ich ekvivalentom. Zaškrtnite prosím, či je nález normálny alebo abnormálny. Všetky abnormálne nálezy alebo poznámky o vyšetrení uveďte v položke 321.

312 ROVNOVÁHA OKOHYBNÝCH SVALOV – Rovnováha okohybných svalov sa zisťuje na vzdialenosť 5 alebo 6 m a nablízko na 30 – 50 cm a výsledok sa zaznamená. Podľa výsledku vyznačte prítomnosť trópie alebo fórie a tiež, či test rezervy fúzie NEBOL vykonaný a pokiaľ áno, či jeho výsledok bol normálny alebo nie.

313 FARBOCIT – Uveďte typ pseudoisochromatických tabuliek (Ishihara) spolu s počtom prezentovaných tabuliek a počtom chýb, ktorých sa vyšetrený dopustil. Uveďte, či je indikované podrobnejšie vyšetrenie farbocitu a akou metodikou (farebnými svetlami, anomaloskopom) a nakoniec, či sú farby rozlišované spoľahlivo alebo nespoľahlivo. Podrobnejšie vyšetrenie farbocitu je obvykle nutné len pri vstupnom vyšetrení, ak nie je indikované pre zmenu farbocitu žiadateľa.

314–316 ZIŤOVANIE ZRAKOVEJ OSTROSTI NA 5 m/6 m, 1 m a 30 – 50 cm – Poznamenajte aktuálnu zrakovú ostrosť v príslušných políčkach. Ak nie sú používané ani potrebné korekčné prostriedky, preškrtnite súvislou čiarou príslušné políčka. Zrková ostrosť do diaľky sa zisťuje buď na 5 alebo 6 metrov pri použití tabule odpovedajúcej príslušnej vzdialenosti.

317 REFRAKCIA – Poznamenajte výsledky refrakcie. Uveďte tiež, či pre žiadateľa o 2. triedu sú spojené s predpisom okuliarov.

318 OKULIARE – Zaškrtnite príslušné políčko označujúce, či žiadateľ nosí alebo nenosí okuliare. Ak nosí, vyznačte či sú unifokálne, bifokálne, multifokálne alebo delené.

319 KONTAKTNÉ ŠOŠOVKY – Zaškrtnite príslušné políčko označujúce, či sú alebo nie sú nosené kontaktné šošovky. Ak sú nosené, uveďte ich typ z nasledujúceho zoznamu: tvrdé, mäkké, priepustné pre plyny, na jedno použitie.

320 VNÚTROOČNÝ TLAK – Zapište hodnotu vnútroočného tlaku meranú na pravom a ľavom oku a uveďte, či je normálny, alebo nie. Taktiež uveďte použitú metodiku – aplančná, vzduchová atď.

321 POZNÁMKY A DOPORUČENIA OFTALMOLÓGA – Zapište tu všetky poznámky, abnormálne nálezy a výsledky hodnotenia. Zapište tiež všetky odporúčané obmedzenia. Ak sú akékoľvek pochybnosti o nálezoch alebo odporúčaníach, môže sa vyšetrujúci lekár spojiť s AMS a poradiť sa s ním skôr, než uzavrie formulár správy.

322 ÚDAJE O VYŠETRUJÚCOM OFTALMOLÓGOVI – V tejto položke musí vyšetrujúci oftalmológ podpísať prehlásenie, uviesť plné meno a adresu tlačeným písmom, kontaktné údaje a nakoniec opečiatkovať formulár úradnou pečiatkou obsahujúcou jeho číslo AME alebo špecializáciu.

323 MIESTO A DÁTUM – Zapište miesto (mesto alebo obec) a dátum vyšetrenia. Dátum vyšetrenia je dátumom klinického vyšetrenia a nie dátumom uzatvorenia formulára. Ak je správa o oftalmologickej prehliadke uzatvorená k inému dátumu, zapište dátum uzatvorenia v položke 321 takto „Správa uzatvorená dňa“.