## FORMULÁŘ ZPRÁVY O OFTALMOLOGICKÉ PROHLÍDCE

 Údaje o žadateli VÁZÁNO LÉKAŘSKÝM TAJEMSTVÍM

|  |  |
| --- | --- |
| (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: |
| (301) **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| (302) Vyšetření kategorie: | (303) Oftalmologická anamnéza: |
| Vstupní  |  |
| Prodloužení platnosti  |  |
| Obnova  |  |
| Konziliární  |  |

**Klinické vyšetření Zraková ostrost**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Zaškrtněte každou položku | Normální | Abnormální |
| (304) Oči zevně & víčka |  |  |
| (305) Oči, povrch |  |  |  |
| (štěrbinová lampa, oftalmoskop) |  |
| (306) Poloha a pohyblivost očí |  |   |
| (307) Zorná pole (srovnání) |  |  |
| (308) Zornicové reflexy |  |  |
| (309) Pozadí (oftalmoskopie) |  |  |
| (310) Konvergence | cm |  |  |
| (311) Akomodace |  D |  |  |

* + 1. *Vidění do dálky na 5/6m*
		2. Nekorigované

 Brýle Kont. čočky

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pravé oko |  | Korigováno na |  |  |
| Levé oko |  | Korigováno na |  |  |
| Obě oči |  | Korigováno na |  |  |

* + 1. *Vidění na střed. vzd.1m*

Nekorigované BrýleKont. čočky

 Brýle Kont. čočky

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pravé oko |  | Korigováno na |  |  |
| Levé oko |  | Korigováno na |  |  |
| Obě oči |  | Korigováno na |  |  |

* + 1. *Vidění do blízka*

 Nekorigované

 Brýle Kont. čočky

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Pravé oko |  |  | Korigováno na |  |  |
|  Levé oko |  |  | Korigováno na |  |  |
|  Obě oči |  |  | Korigováno na |  |  |

(312) *Rovnováha okohybných svalů* (v prismatických dioptriích)

|  |  |
| --- | --- |
| Na vzdálenost 5m/6m | Do blízka na 30–50 cm |
| Orto  | Orto |
| Eso | Eso |
| Exo | Exo |
| Hyper | Hyper |
| Cyklo | Cyklo |
| Tropie : Yes  No  Forie : Yes  No  |
| Test rezervy fůze: Neproveden  Normální  Abnormální  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (317) *Refrakce* | Sph | Cylinder | Osa | Do blízka (add) |
| Pravé oko |  |  |  |
| Levé oko |  |  |  |
| Vyšetřena aktuální refrakce  Předpis brýlí indikován   |

(318) *Brýle* (319) *Kontaktní čočky*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ano  Ne  | Ano Ne  |
| (313) *Barvocit* |  |  | Druh: | Druh: |
| Pseudo-isochromatické tabulky | Type: Ishihara (24 tabulek) |  |  |  |
| Počet tabulek: | Počet chyb: | (320) *Ntrooční tlak*  |
| Indikováno podrobnější vyšetření: |  Ano  Ne  |  | Vpravo (mmHg) | Vlevo (mmHg) |
| Metodika: |  |
| Barevně spolehlivý (trichromat) Ano Ne   | Metoda: | Normální  Abnormální  |

1. **Poznámky a doporučení oftalmologa:**
2. **Prohlášení vyšetřujícího lékaře:**

|  |
| --- |
| 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. |
| (323) Místo a datum: | Jméno a adresa vyšetřujícího oftalmologa: (velkými tiskacími písmeny) | Razítko AME nebo specialisty s číslem AME: |
| Podpis AME: | E-mail: Telefonní číslo: Fax: |

**POKYNY PRO VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE ZPRÁVY O OFTALMOLOGICKÉ 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 oftalmologa, který prohlídku provedl, a datum podpisu. Následující očíslované pokyny platí pro očíslované titulky ve formuláři zprávy o oftalmologické 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 – oftalmolog 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 301), přičemž vyšetřující lékař připojí svůj podpis jako svědek.

302 kategorie vyšetření – Zaškrtněte příslušné políčko.

Vstupní – Vstupní vyšetření pro 1. a 2. třídu; také vstupní vyšetření při postupu z 2. třídy na 1. (poznačte „postup“ v položce 303).

Obnovení/prodloužení platnosti – následuje úplné oftalmologické vyšetření (při refrakční vadě).

Konziliární – nerutinní vyšetření ke zjištění oftalmologického příznaku nebo nálezu.

303 oftalmologická anamnéza – Uveďte podrobně každý anamnesticky údaj nebo důvod konzilia.

položky 304–309 včetně: klinické vyšetření – Tyto položky společně tvoří celkové klinické vyšetření a každá by měla být označena jako normální nebo abnormální. Všechny abnormální nálezy nebo poznámky o vyšetření by měly být uvedeny v položce 321.

310 konvergence – Uveďte bod konvergence do blízka v cm měřený pomocí pravítka pro měření blízkého bodu RAF. Zaškrtněte prosím také, zda je nález normální nebo abnormální. Všechny abnormální nálezy nebo poznámky o vyšetření uveďte v položce 321.

311 akomodace – Uveďte číselné hodnoty v dioptriích naměřené pravítkem pro měření blízkého bodu RAF nebo jejich ekvivalentem. Zaškrtněte prosím, zda je nález normální nebo abnormální. Všechny abnormální nálezy nebo poznámky o vyšetření uveďte v položce 321.

312 rovnováha okohybných svalů – Rovnováha okohybných svalů se zjišťuje na vzdálenost 5 nebo 6 m a nablízko na 30–50 cm a výsledek se zaznamená. Podle výsledku vyznačte přítomnost tropie nebo forie a také, zda test rezervy fúze NEBYL proveden a pokud ano, zda jeho výsledek byl normální nebo ne.

313 barvocit – Uveďte typ pseudoisochromatických tabulek (Ishihara) spolu s počtem prezentovaných tabulek a počtem chyb, kterých se vyšetřovaný dopustil. Uveďte, je-li indikováno podrobnější vyšetření barvocitu a jakou metodikou (barevnými světly, anomaloskopem) a konečně, zda jsou barvy rozlišovány spolehlivě nebo nespolehlivě. Podrobnější vyšetření barvocitu je obvykle nutné jen při vstupním vyšetření, pokud není indikováno pro změnu barvocitu žadatele.

314–316 zjišťování zrakové ostrosti NA 5 m / 6 m, 1 m a 30–50 cm – Zaznamenejte aktuální zrakovou ostrost v příslušných políčkách. Pokud nejsou používány ani potřebné korekční prostředky, proškrtněte souvislou čarou příslušná políčka. Zraková ostrost do dálky se zjišťuje buď na 5 nebo 6 metrů při použití tabule odpovídající příslušné vzdálenosti.

317 refrakce – Zaznamenejte výsledky refrakce. Uveďte rovněž, zda pro žadatele o 2. třídu jsou spojeny s předpisem brýlí.

318 brýle – Zaškrtněte příslušné políčko označující, zda žadatel nosí nebo nenosí brýle. Pokud nosí, vyznačte zda jsou unifokální, bifokální, multifokální nebo dělené.

319 kontaktní čočky – Zaškrtněte příslušné políčko označující, zda jsou nebo nejsou nošeny kontaktní čočky. Pokud jsou nošeny, uveďte jejich typ z následujícího seznamu: tvrdé, měkké, propustné pro plyny, na jedno použití.

320 nitrooční tlak – Zapište hodnotu nitroočního tlaku měřenou na pravém a levém oku a uveďte, zda je normální, nebo ne. Rovněž uveďte použitou metodiku – aplanační, vzduchová atd.

321 poznámky a doporučení oftalmologa – Zapište zde všechny poznámky, abnormální nálezy a výsledky hodnocení. Zapište rovněž všechna doporučovaná omezení. Jsou-li jakékoli pochybnosti o nálezech nebo doporučeních, může se vyšetřující lékař spojit s AMS a poradit se s ním dříve, než uzavře formulář zprávy.

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

323 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 oftalmologické prohlídce uzavřena k jinému datu, zapište datum uzavření v položce 321 takto „Zpráva uzavřena dne ………“.