

**FORMULÁŘ ZPRÁVY O OTORINOLARYNGOLOGICKÉ (ENT) PROHLÍDCE**

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

Údaje o žadateli

**VÁZÁNO LÉKAŘSKÝM TAJEMSTVÍM**

(1) Žádost ke státu:	(2) Požadováno osvědčení zdravotní způsobilosti: <input type="checkbox"/> Třída 1 <input type="checkbox"/> Třída 2 <input type="checkbox"/> Třída 3		
(3) Příjmení:	(4) Dřívější příjmení:	(12) Žádost <input type="checkbox"/> Vstupní <input type="checkbox"/> Prodloužení/Obnova	
(5) Křestní jméno	(6) Datum narození	(7) Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	(13) Registrační číslo

(401) Tímto prohlašuji, že jsem byl informován a dávám souhlas k poskytnutí všech informací, obsažených v této zprávě a v kterémkoli nebo všech doplňcích, mému určenému leteckému lékaři (AME) a v případě potřeby posudkovému lékaři úřadu vydávajícímu průkazy způsobilosti s vědomím, že tyto dokumenty nebo elektronicky uchovávané údaje budou použity pro vyhotovení osvědčení zdravotní způsobilosti a z důvodů dohledu ze strany oprávněného dohledu za předpokladu, že já nebo můj lékař k nim budeme mít přístup v souladu s platnou právní úpravou členského státu. Za všech okolností bude dodržováno lékařské tajemství.

----- Datum ----- Podpis žadatele -----

(402) Vyšetření kategorie: <input type="checkbox"/> Vstupní <input type="checkbox"/> Speciální postoupení	(403) Otorinolaryngologická (ENT) anamnéza:
---	---

**Klinické vyšetření**

Zaškrtněte každou položku

	Normální	Abnormální
(404) Hlava, obličej, krk, vlasatá část	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Dutina ústní, zuby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Hltan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Průchodnost nosu a nosohltanu (včetně přední rhinoskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Vestibulární systém, vč. Rombergova testu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Řeč/hlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Vedlejší dutiny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Vnější zvukovody, bubínky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Pneumatická otoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Tympanometrie včetně Valsalvova manévru (jen při vstupním vyšetření nebo klinicky indikovaném)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Doplňková vyšetření**

(pokud jsou indikována)

	Neprovedeno	Normální	Abnormální
(414) Řečový diskriminační test s/bez sluchových pomůcek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Zadní rhinoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) ENG; spontánní a polohový nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Kalorický test nebo vestibulární rotační test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Laryngoskopie – zrcátkem nebo vláknitou optikou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(421) Poznámky otorinolaryngologa:**

--

**(422) Prohlášení vyšetřujícího lékaře**

Potvrzuji tímto, že žadatel jmenovitě uvedený v této zprávě o lékařské prohlídce, byl mnou nebo ORL specialistou osobně vyšetřen a že tato zpráva s připojenými doplňky, obsahuje úplné a správné nálezy.

(423) Místo a datum:	Jméno a adresa vyšetřujícího: (velkými tiskacími písmeny)	Razítko AME nebo ORL specialisty s číslem:
Podpis AME nebo ORL specialisty:	E-mail: Telefonní číslo: Faxové číslo:	

**(419) Tónová audiometrie**

Hz	dB HL (hladina slyšení)	
	Pravé ucho	Levé ucho
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

**(420) Audiogram**

dB/HL	o = vpravo x = vlevo							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								

--- = vzduch  
..... = kost

## POKYNY PRO VYPLNĚNÍ FORMULÁŘE ZPRÁVY O OTORINOLARYNGOLOGICKÉ (ENT) 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 zatažení 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 (vlozte „postup“ v položce 403).

Konziliární – NERUTINNÍ vyšetření ke zjištění ORL (ENT) příznaku nebo nálezu.

403 OTORINOLARYNGOLOGICKÁ (ENT) 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 vypsanych frekvencích.

420 AUDIOGRAM – Vyplňte audiogram podle údajů v položce 419.

421 POZNÁMKY A DOPORUČENÍ OTORINOLARYNGOLOGA (ENT) – Zde запиšte všechny poznámky, abnormální nálezy a výsledky hodnocení. Uveďte také všechna doporučená omezení. Jsou-li jakékoli pochybnosti o nálezech nebo doporučeních, může se vyšetřující lékař spojit s posudkovým lékařem úřadu a poradit se s ním dříve, než uzavře formulář zprávy.

422 ÚDAJE O VYŠETŘUJÍCÍCH OTORINOLARYNGOLOGOV (ENT)I – V této položce musí vyšetřující otorinolaryngolog (ENT) podepsat prohlášení, uvést své plné jméno a adresu tiskacím písmem, kontaktní údaje a nakonec orazítkovat formulář svým úředním razítkem obsahujícím jeho /její 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 (ENT) prohlídce uzavřena k jinému datu, zapište datum uzavření v položce 421 takto „Zpráva uzavřena dne .....“.