

ПРОТОКОЛ

За освидетелстване продължаването на годността за летателна длъжност

№ _____ / _____ / _____
дата на издаване _____ авиомедицински експертен орган

Заб. Отговорите изписвайте текстуално, а там където има квадратчета зачертавайте с кръстче

I. ПАСПОРТНА ЧАСТ			
звание, име, презиме, фамилия, моминско име за жени _____		години _____	пол _____ ЕГН <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Роден _____ / _____ / _____	гр./с/ _____	обл. _____	страна _____
Дата _____ месторождение _____			
Живущ _____			
Гр./с/ _____ област _____		ул. _____	№ _____ дом.тел. _____
Притежаващ Л.Карта № _____		Издадена от _____	Град _____ дата на издаване _____
Длъжност, специалност _____		Семейно положение: Несемеен: ☒ Семеен ☐ дата: _____ Разведен: ☐ дата: _____ Живее разделено ☐ дата: _____ Вдовец: ☐ дата: _____	
Месторабота, общ трудов стаж, специфични условия на труд: _____			

II. ДАННИ ОТ ПРЕДШЕСТВАЩ ЛЕТАТЕЛЕН СТАЖ

Летателна специалност _____ вид материална част _____ летателен стаж _____ години / _____ часове

Пролетени часове _____ / _____ / _____
общо за годината _____ за последните шест месеца _____ брой парашутни скокове _____

Допускани предпоставки за летателни произшествия _____
кога, къде, причини _____

III. АВИОМЕДИЦИНСКИ ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ:

Последно авиомедицинско освидетелстване: _____
кога, къде, причина _____

Освидетелстван ли сте за като негоден за летателна работа? _____
кога, къде, причина _____

Годишен отпуск _____ / _____
да, не _____ дата _____ Спортен лагер _____
да, не _____ Стационарно лечение _____
да, не _____

IV. СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО НА ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ

Боледували ли сте някоя от посочените болести или нарушения? При други неупоменати заболявания обяснете кратко в "Забележка"

	ДА	НЕ		ДА	НЕ		ДА	НЕ
Чести ангини			Безсъние			Хемороиди		
Сенна хрема			Нервни или психични разстройства			Колапсни състояния		
Астма			Често главоболие			Еpileпсия		
Туберкулоза			Световъртеж, примаяване			Диабет		
Пневмония			Черепно-мозъчна травма			Херния		
Плеврит			Очни оплаквания			Венерически заболявания		
Ревматизъм			Ушни оплаквания			Тропически болести		
Високо кръвно налягане			Сърдечно съдови заболявания			Алергична хрема		
Нарушения на уринирането			Болки в областта на сърцето			Привикване към алкохол и медикаменти		
Бъбречни смущения			Варикозни вени			Опит за самоубийство		
Камъни в бъбреците			Язва на стомаха или дванадесетопръстника			Оплаквания при пътуване в превозно средство		
Болки в гърба			Жълтеница			Заскване		
Ставни проблеми			Жлъчни камъни			Кожни заболявания		

Забележка: _____

Спазен ли е режимът за явяване на медицинското освидетелстване _____ ДА НЕ

Декларирам, че моите отговори на поставените въпроси са верни, пълни и точни. Съзнавам, че всяко невярно сведение или пропуск в информацията, съдържаща се в медицинския формуляр е основание за търсене на административно-наказателна отговорност по Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България.

Дата: _____ Подпис на освидетелствания: _____

ДОТУК СЕ ПОПЪЛВА ОТ ОСВИДЕТЕЛСТВАНИЯ

V. ФИЗИЧЕСКО РАЗВИТИЕ.

ръст _____ см., тегло _____ кг., гръдна обиколка _____ см., талия _____ см., ханш _____ индекс _____ БМИ _____, телесна конструкция: _____, цвят на очите _____, цвят на косата: _____, шийна обиколка _____, татуировки, белези _____, дължина на краката _____, _____ масивна, костна система, грациална, средна

VI. ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Урина:

Кръв:

ОГТТ: _____ 30мин. _____ 60мин. _____ 120мин. _____ 180мин.

Дата: ____/____/____

Извършил изследването: _____/_____/_____
подпис фамилия

Други лабораторни изследвания:	
Дата: ____/____/____	Изследвал: _____/_____ подпис фамилия на лекаря

VII. ФЛУОРОГРАФИЯ НА СЪРЦЕ И БЯЛ ДРОБ _____

Дата: ____/____/____

Разчет: _____/_____
подпис фамилия на лекаря

Други лабораторни изследвания:	
Дата: ____/____/____	Изследвал: _____/_____ подпис фамилия на лекаря

VIII. ПРЕГЛЕДИ ОТ СПЕЦИАЛИСТИ

1. ПРЕГЛЕД ОТ ИНТЕРНИСТ

Анамнез/статус: _____

РФ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

ИЗСЛЕДВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА:

Дата: ____/____/____

Подпис: _____/_____
фамилия на лекаря

Наименование на заболяването /недостатъците/ _____

Предложение за експертно решение: _____

Дата: ____/____/____

Подпис: _____/_____
фамилия на лекаря

2. ПРЕГЛЕД ОТ ЛЕКАР ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА																
Анамнез: _____																
Статус: _____																
																С-кариозен зъб; Р-пулпит; G-периодонтит; R-корен; О-обтурация (синьо-метал; червено-пластмаса- местоположение и вид на пломбата); Е-липсващ зъб; К-корона, единична; Х-изкуствен зъб; F-фрагуриран зъб; Im- имплант; Ра-пародонтоза; НИ-неизрасъл зъб; ЗК-зъбен камък; ПП-подвижна протеза;
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
																Лигавица: _____, Език _____, Гингива _____, Кожа _____
																Слончени жлезни _____, Регионерни лимфни съдове _____
Захапка: _____, Дъвкателна способност: _____																
Наименование на заболяването /недостатъците/:																
Предложение за експертно решение: _____																
Дата: ____/____/____																
Подпис _____/_____ Фамилия на лекаря																

3.ПРЕГЛЕД ОТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ

Анамнез/статус: _____

Аудиометрия Hz				0,5х	1х	2х	3х	4х	6х	8х		
Дясно	Шепотна реч	м	Говорна реч	м								
Ляво	Шепотна реч	м	Говорна реч	м								

Други изследвания: _____

Наименование на заболяването /недостатъците/: _____

Предложение за експертно решение: _____

Дата: ____/____/____

_____/_____
Подпис Фамилия

4. ПРЕГЛЕД ОТ ОФТАЛМОЛОГ:

Анамнез: _____

Статус: *Визус без корекция:* Дясно око _____ *Корекция:* Дясно око _____ *Визус:* Дясно око _____ *ВОН:* Дясно око _____
Ляво око _____ Ляво око _____ Ляво око _____ Ляво око _____

Наименование на заболяването /недостатъците/: _____

Предложение за експертно решение: _____

Дата: ____/____/____

_____/_____
Подпис Фамилия

5.ПРЕГЛЕД ОТ НЕВРОЛОГ

Анамнез/статус: _____

Назначения: ЕЕГ, ЕМГ, други _____

Други изследвания: _____

Изследвал: _____ / _____
подпис фамилия на лекаря

Наименования на заболяването /недостатъците/: _____

Предложение за експертно решение: _____

Дата: ____/____/____

_____/_____
Подпис Фамилия на лекаря

6.ПСИХОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Основание за изследването:
Преценка на резултатите от изследването:
Предложение за експертно решение по годността за авиационна специалност
подходящ неподходящ временно неподходящ графа графа графа
следващо изследване: кога
Забележки:

Психолог...../ Фамилия/

Дата: __/__/__

Подпис: _____/
Фамилия на лекаря

7.ПРЕГЛЕД ОТ ХИРУРГ Анамнез/статус: _____ _____ _____ Наименование на заболяването /недостатъците/: _____ _____ Предложение за експертно решение: _____ _____ Дата: __/__/__ Подпис _____/ _____ Фамилия

8.ПРЕГЛЕД ОТ ГИНЕКОЛОГ. _____ _____ _____ Наименование на заболяването /недостатъците/: _____ _____ Предложение за експертно решение: _____ _____ Дата: __/__/__ Подпис _____/ _____ Фамилия

<u>9.ПРЕГЛЕД ОТ ПСИХИАТЪР</u> Анамнез/Статус _____ _____ _____ Наименование на заболяването /недостатъците/: _____ _____ Предложение за експертно решение: _____ _____ Дата: __/__/__ Подпис _____/ _____ фамилия
--

10.ПРЕГЛЕД ОТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Анамнез/Статус _____

Наименование на заболяването /недостатъците/:

Предложение за експертно решение:

Татуировки на видими места по тялото и лицето:

Дата: ____/____/____

Подпис_____
Фамилия**VII. КОНСУЛТАЦИИ.**

Дата: ____/____/____

Медицинско учреждение _____

Консултант Д-р _____

VIII. ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ:

Название на болестта, физически и психологически недостатъци /на български език/

Решение на годността за военна служба/служба в доброволния резерв по “Медицинските стандарти”

Военнослужещият/резервистът: може/ не може:

- да участва в операции и мисии извън територията на страната;
- да се обучава във военни академии, висши военни училища, и в чужбина;
- да постъпи на задгранична работа.

ПРЕДСЕДАТЕЛ ЦВМК: _____
Звание, подпис / фамилия

ЧЛЕНОВЕ:	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия
	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия
	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия
	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия	_____ подпис / фамилия

Дата: ____/____/____