**1. Başvuru Kontrol**

Bu bölüm başvuru sahibi tarafından doldurulur. Ekler formun arkasına sırasıyla eklenir.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Başvuru Sahibi | | |  | | |
| TC Kimlik No./Pasaport No. | | |  | | |
| Posta Adresi | | |  | | |
| E-posta Adresi | | |  | | |
| Tel. No. | | |  | | |
| Muayene Olunan Tam Teşekküllü Hastane | | |  | | |
| Muayene Tarihi | | |  | | |
| Başvurduğu Sınıf **Sınıf 3 ☐** | | |  | | |
| **Sıra No.:** | UOD 2017/8 Genelgesi hükümlerine göre düzenlenen evrak; başvuru sahibi tarafından aşağıda belirtilen sıraya göre düzenlenerek, UOD 2017/8 Genelgesinin 9uncu maddesinde belirtilen yetkili tabiplere posta yoluyla iadeli taahhütlü olarak gönderilecektir. | | **Var** | **Yok** |
| 1 | Hava Trafik Kontrolörü Sağlık Sertifikası Düzenleme İşlemi Başvuru ve Kontrol Formu (Form 53) (Bu formun 1. ve 2. bölümleri 3. bölümdeki talimatlar dikkate alınarak Başvuru Sahibi tarafından eksiksiz doldurulur, yetkili tabip bölümleri boş bırakılır. 2. bölümün sonunda yer alan yetkili tabip kısmı ile 4. Bölümde ve 5. Bölümde yer alan talimatlara göre Yetkili Tabip tarafından doldurulur. ) | | ☐ | ☐ |
| 2 | Nüfus cüzdanı ya da yerine geçen resmi belge fotokopisi (Pasaport, Ehliyet, Mavi Kart veya Nüfus Cüzdanı) | | ☐ | ☐ |
| 3 | ICAO EK-1 Bölüm 6 Sınıf 3 Sağlık Kurul Raporu (Tam teşekküllü hastaneden alınacak olan ve aşağıda belirtilen sonuç, tetkik, tahlil ve raporlara göre hazırlanan Sağlık Kurul Raporudur. Bu rapor; İç hastalıkları(Internal Medicine), Göz(Ophtalmology), KBB(Otorhinolaryngology) (Otoskopla kulak içi ve timpanogram muayenesini içerir.), Nöroloji(Neurology), Psikiyatri(Psychiatry) ve varsa Diğer muayeneleri içerir. | | ☐ | ☐ |
| 4 | Oftalmolojik Test Sonucu/Raporu (Göz içi basınç ölçümü dahil.) | | ☐ | ☐ |
| 5 | Görme Alanı Test Sonucu/Raporu | | ☐ | ☐ |
| 6 | Renkli Görme Test Sonucu/Raporu | | ☐ | ☐ |
| 7 | EKG Test Sonucu/Raporu | | ☐ | ☐ |
| 8 | Odyometri Test Sonucu/Raporu | | ☐ | ☐ |
| 9 | Solunum Fonksiyon Testi ve Raporu | | ☐ | ☐ |
| 10 | PA Akciğer Grafisi | | ☐ | ☐ |
| 11 | Tan Kan Sayımı ve Rutin Biyokimya Tahlilleri Sonuçları (AKŞ, Üre, Kreatin, Lipid Profili, AST, ALT, GGT, TSH, Serbest T4, HIV ve Hepatit Virüs Markerları (HbsAg, Anti- HCV) ve Drug Abuse Tarama Testi ve Kanda Etil Alkol Düzeyi) | | ☐ | ☐ |
| 12 | Tam İdrar Tetkiki Sonuçları | | ☐ | ☐ |
| 13 | Diğer tetkikler (daha önce hastalık veya ameliyat geçirilmiş ise epikriz ve yapıldı ise konsültasyon vb.) | | ☐ | ☐ |

Tarafıma SHY65-01 yönetmeliği ile bu kapsamda yayınlanan mevzuat uyarınca ICAO EK-1 Bölüm 6 Sınıf 3 havacılık sağlık muayenesi yapılmış olup yukarıda belirtilen bilgilerin doğruluğunu eksiksiz olarak EK’li dosyasında sunulduğunu beyan ve taahhüt ederim.

Başvuru Sahibi:

(İsim) (İmza)

(Tarih)

**2. Genel Bilgiler ve Beyanlar**

Bu bölüm başvuru sahibi tarafından doldurulur. İmza bölümünde Yetkili Tabip kısmı boş bırakılır.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bu sayfayı tamamen siyah tükenmez kalem kullanarak ve büyük harflerle doldurun **TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE** | | | | | | | | | | | | | | |
| (1) Soyadı, Surname: | | (2) Önceki Soyadı,Previous surname(s): | | | | | (3) T.C. Kimlik Numarası, National identification number: | | | | | | | |
| (4) Adı, Forename(s): | | (5) Doğum Tarihi, Date of birth: | | | | | (6) Cinsiyet, Sex  Erkek, Male □  Kadın, Female □ | (7) Başvuru, Application  İlk Başvuru,Initial □  Yenileme, Renewal □ | | | | | | |
| (8) Lisansın düzenlendiği ülke, Country of licence issue: | | (9) Doğum Yeri ve Ülkesi, Place and country of birth: | | | | | (10) Uyruk, Nationality: | | | | | | | |
| (11) Meslek (asıl), Occupation (principal): | | (12) İşveren, Employer (principal): | | | (13) İkamet Adresi, Permanent address:        Tel No.:    E-posta: | | | | | | | | | |
| (14) Yazışma Adresi, Postal address:    Tel No.:    E-posta: | | (15) Son sağlık başvurusu, Last medical examination:  Tarih, Date:  Talebi değil de sertifikanız desek    Yer, Place: | | | (16) Lisans/Sağlık Sertifikası üzerinde kısıtlama var mı ?, Any limitations on licence/Medical Assessment?  Hayır, No □ Evet, Yes□  Ayrıntılar, Details: | | | | | | | | | |
| (17) Daha önce SHGM tarafından havacılık sağlık sertifikası alma talebiniz reddedilmiş, askıya alınmış veya geri alınmış mıdır? Have you ever had an aviation Medical Assessment denied, suspended or revoked by any licensing authority? If yes, discuss with medical examiner.  Hayır, No □ Evet, Yes □ Tarih, Date:  Yer, Place:  Detaylar, Details: | | | | | (18) Son sağlık muayenesinden bu yana herhangi çok ciddi bir hava hadiseniz ya da karıştığınız kaza/kırım bulunmakta mıdır? Any reported very serious incidents or accidents since last medical?  Hayır, No □ Evet, Yes □ Tarih, Date:  Yer, Place:  Detaylar, Details: | | | | | | | | | |
| (19) Alkol kullanıyor musunuz? Do you drink alcoholic beverages?  Hayır, No □ Evet, Yes□    Evet ise ortalama haftalık miktarını belirtiniz, If YES, state average weekly intake in units: | | | | | (21) Şu an reçetesiz olanlar dahil herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Do you currently use any medication, including non-prescribed medication?  Evet, Yes □ Hayır, No□  Evet ise, ilacı, dozu, başlangıç tarihini ve sebebini belirtiniz, If YES, state name of medication, date commenced, daily or weekly dose, and cause (diagnosis): | | | | | | | | | |
| (20) Tütün ürünleri kullanıyor musunuz? Do you smoke tobacco products?    Asla, Never □  Önceden, Previously□ Bırakılan tarih, Date quitted:  Halen, Currently □ Tip ve miktar belirtiniz, State type, amount and number of years | | | | |
| (22) **Genel ve medikal geçmiş:** Aşağıdaki rahatsızlıklardan herhangi birini geçirdiniz mi ya da geçiriyor musunuz? Her sorudan sonra EVET veya HAYIR işaretlenmelidir. EVET yanıtlarını açıklamalar bölümünde ayrıntılı olarak detaylandırın ve bunları yetkili tabip ile tartışın.  **General and medical history:** Do you have, or have you ever had, any of the following? YES or NO must be ticked after each question. Elaborate YES answers in the remarks section and discuss them with the medical examiner. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | EVET | HAYIR |  | EVET | HAYIR |  | | | EVET | HAY  I  R |  | EVET | HAYIR |
| 101 Göz bozukluğunuz var mı? Göz ameliyatı geçirdiniz mi? /Do you have any Eye disorders or eye surgery? |  |  | 113 Kafa yaralanması veya şok geçirdiniz mi?/Have you ever had Head injury or concussion? |  |  | 125 Cinsel yolla bulaşan hastalığınız var mı?/ Do you have Sexually transmitted disease ? | | |  |  | 143 Epilepsi tanınız var mı? / Have you ever been diagnosed as Epilepsy ? |  |  |
| 102 Herhangi bir dönemde  Gözlük /kontakt lens kullanımınız oldu mu?/ Have you ever worn Spectacles and/or contact lenses ? |  |  | 114 Sık veya ciddi baş ağrıları yaşıyor musunuz/yaşadınız mı? / Have you experienced any Frequent or severe headache(s)? |  |  | 126 Hastane yatışınız oldu mu?/ Have you ever had admission to hospital? | | |  |  | 144 Zihinsel hastalığınız var mı? / Do you have mental illness? |  |  |
| 103 Son sağlık muayenesinden bu yana gözlük/kontakt lens reçetesi değişikliği oldu mu? /Has there been any changes with your Spectacle/contact lens  prescriptions since last medical exam? |  |  | 115 Baş dönmesi veya bayılma yaşadınız mı? / Have you ever experienced Dizziness or fainting spells ? |  |  | 127 Herhangi bir hastalık ya da yaralanma yaşadınız mı?/ Have you experienced any other illness or injury? | | |  |  | 145 Diyabet (Şeker) hastalığınız var mı?/ Do you have Diabetes ? |  |  |
| 104 Seman nezlesi veya herhangi bir allerjiniz var mı?/ Do you have Hay fever or any other allergies? |  |  | 116 Herhangi bir nedenle bilinç kaybı yaşadınız mı? / Have you ever experienced Unconsciousness for any reason ? |  |  | 128 Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyaretiniz oldu mu? / Have you ever visited to medical practitioner since last medical examination? | | |  |  | 146 Tüberküloz (Verem) geçirdiniz mi? / Have you had Tuberculosis ? |  |  |
| 105 Astım, akciğer hastalığınız var mı?/ Do you have Asthma, lung disease |  |  | 117 Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, v.s var mı?/ Do you have Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc. ? |  |  | 129 Hayat sigortası reddi aldınız mı?/ Have you ever got Refusal of life insurance? | | |  |  | 147 Alerji/astım/egzema var mı?/ Do you have Allergy/asthma/eczema ? |  |  |
| 106 Kalp veya damar hastalığınız var mı? / Do you have Heart or vascular disease ? |  |  | 118 Herhangi bir psikolojik/psikiyatrik sorun yaşadınız mı?/ Have you ever experienced any Psychological/ psychiatric trouble of any sort ? |  |  | 130 Havacılık lisansının verilmesinin reddedilmesi veya iptali gerçekleşti mi?/Has your aviation licence Refusad or revocated of issue? | | |  |  | 148 Kalıtsal bozukluğunuz/hastalığınız var mı? / Do you have Inherited disorders/illnesses? |  |  |
| 107 Yüksek veya düşük kan basıncı (tansiyon) var mı?/ Do you have High or low blood pressure ? |  |  | 119 Alkol/ilaç/madde bsğımlılığınız var mı?/ Do you have Alcohol/drug/substance abuse ? |  |  | 131 Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle reddi/ Medical rejection from or for military service | | |  |  | 149 Glokomunuz var mı?/ Do you have Glaucoma ? |  |  |
| 108 Böbrek taşı veya idrarda kan raporlandı mı?/ Do you have any report about Kidney stone or blood in urine? |  |  | 120 İntihar girişiminiz oldu mu?/ Have you ever attempted suicide? |  |  | 132 Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi / Award of pension or compensation for injury or  illness | | |  |  | Yalnızca kadınlar / Females only: |  |  |
| 109 Şeker hastalığınız veya hormonal bozukluğunuz var mı? Do you have Diabetes or hormone disorder? |  |  | 121 İlaç gerektiren hareket hastalığınız var mı?/ Do you have Motion sickness requiring medication? |  |  | Aile Geçmişinde hastalık veya hastalığa bağlı ölüm var mı? / Is there any disorder or death related disorder in your Family history? | | |  |  | 150 Jinekolojik bir hastalığınız var mı? (menstruasyon vb ) / Do you have Gynaecological disorders  (including menstrual) ? |  |  |
| 110 Mide, karaciğer veya barsak rahatsızlığınız var mı?/ Do you have Stomach, liver or intestinal trouble ? |  |  | 122 Anemi/Orak hücre taşıyıcılığı/ diğer kan hastalıkları vb var mı?/ Do you have Anaemia/Sickle cell trait/other blood disorders? |  |  | 140 Kalp hastalığınız var mı ?/ Do you have Heart disease ? | | |  |  |
| 111 Sağırlık, kulak sorununuz var mı?/ Do you have Deafness, ear disease? |  |  | 123 Sıtma veya diğer tropikal  Hastalıklar / Malaria or other tropical disease |  |  | 141 Yüksek tansiyon / High blood pressure | | |  |  | 151 Hamile misiniz? / Are you pregnant? |  |  |
| 112 Burun, boğaz hastalıkları veya konuşma bozuklukları/ Nose or throat disease or speech disorder |  |  | 124 Pozitif HIV testi/ A positive HIV test |  |  | 142 Yüksek kolesterol düzeyi / High cholesterol level | | |  |  |
| (152) **Açıklamalar /** **Remarks:** Daha önce rapor edildiyse ve değişmediyse, belirtin. / If previously reported and unchanged, so state. | | | | | | | | | | | | | | |
| (23) **Beyan:** Yukarıda yapmış olduğum açıklamaları dikkatle incelediğimi ve bunların tam ve doğru olduğuna inandığımı beyan ederim. Ayrıca, ilgili herhangi bir bilgiyi saklamadığımı veya yanıltıcı beyanlarda bulunmadığımı beyan ederim. Bu başvuruyla bağlantılı herhangi bir yanlış veya yanıltıcı beyanda bulunursam veya destekleyici tıbbi bilgilerin verilmesine izin vermezsem, Otoritenin bana bir Tıbbi Değerlendirme vermeyi reddedebileceğini veya verilen herhangi bir Tıbbi Değerlendirmeyi geri çekebileceğini anlıyorum.  **Declaration:** I hereby declare that I have carefully considered the statements I have made above and that to the best of my belief they are complete and correct. I further declare that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that if I have made any false or misleading statement in connection with this application, or if I do not consent to release the supporting medical information, the Authority may refuse to grant me a Medical Assessment or may withdraw any Medical Assessment granted, without prejudice to any other legal action applicable pursuant to *[insert relevant national law]*.    T**IBBİ BİLGİLERİN AÇIKLANMASINA İZİN:** Tüm ilgili tıbbi bilgilerin SHGM Tıbbi Yetkilisine verilebileceğine ve sunulabileceğine izin veriyorum. Not: Tıbbi gizliliğe her zaman saygı gösterilecektir.  **CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** I hereby give my consent that all relevant medical information may be released and submitted to the Medical Assessor of the Licensing Authority. Note: Medical confidentiality will be respected at all times.      .................................................................. ......................................................................... .**..........................................................................**  Tarih/Date Başvuranın imzası/Signature of applicant **Yetkili tabip imzası/Signature of medical examiner** | | | | | | | | | | | | | | |

**3. Genel Bilgiler ve Beyanlar Bölümünün Doldurulmasına İlişkin Talimatları**

Bu Başvuru Formu, ekli tüm Rapor Formları ve Raporlar, ICAO Ek 1'e göre gereklidir ve UOD 2017/8 Genelgesinin 9’uncu maddesinde belirtilen yetkili tabiplere iletilecektir. Tıbbi gizliliğe her zaman riayet gösterilmesi gerekmektedir.

Başvuru Sahibi, Başvuru Formundaki tüm soruları (kutuları) eksiksiz olarak doldurmalıdır. Yazı siyah tükenmez kalemle büyük harflerle ve okunaklı olmalıdır. Okunabilir kopyalar çıkarmak için yeterli baskı uygulayın. Herhangi bir soruyu yanıtlamak için daha fazla alana ihtiyaç duyulursa, ek bilgileri, imzanızı ve tarihi içeren düz bir kâğıt kullanın. Başvuru formundaki numaralandırılmış başlıklar için aşağıdaki numaralandırılmış yönergeler geçerlidir.

**NOT—** Başvuru formunun eksiksiz doldurulmaması veya okunaklı bir şekilde yazılmaması başvuru formunun kabul edilmemesine neden olacaktır. Bu başvuruyla ilgili olarak yanlış veya yanıltıcı beyanlarda bulunulması veya ilgili bilgilerin saklanması cezai kovuşturmaya, bu başvurunun reddedilmesine ve/veya daha önce verilmiş olan Tıbbi Değerlendirmelerin geri alınmasına neden olabilir.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. SOYADI:** Soyad bilgisi yazınız. | **13. İKAMET ADRESİ**: İkamet adres bilgisi yazınız. |
| **2. ÖNCEKİ SOYADI**: Varsa önceki soyad bilgisi yazınız. | **14. YAZIŞMA ADRESİ**: İkamet adresinizden farklı ise yazışma adres bilgisi yazınız. |
| **3. T.C. KİMLİK NUMARASI**: T.C. Kimlik Numarası yazınız. | **15. SON TIBBİ MUAYENE**:  Son havacılık tıbbi muayenesinin tarihini (gün/ay/yıl) ve yerini (şehir/kasaba ve ülke) belirtin. İlk başvuranlar “HİÇBİRİ” seçiniz. |
| **4. ADI**: Ad bilgisi yazınız. | **16. LİSANS/SAĞLIK SERTİFİKASI ÜZERİNDEKİ KISITLAMA**  Daha önce herhangi bir lisans ya da sağlık sertifika kısıtlamanız mevcut ise belirtiniz. |
| **5. DOĞUM TARİHİ(Gün-Ay-Yıl**): Doğum tarihi yazınız. | **17. DAHA ÖNCE SHGM TARAFINDAN HAVACILIK SAĞLIK SERTİFİKASI ALMA TALEBİNİZ REDDEDİLMİŞ, ASKIYA ALINMIŞ VEYA GERİ ALINMIŞ MIDIR?**  Geçici de olsa daha önce reddedilen, askıya alınan veya iptal edilen bir Tıbbi Değerlendirmeniz olduysa "Evet"i işaretleyin. Tarih, yer ve ayrıntıları sağlayın ve yetkili tabip ile görüşünüz. |
| **6. CİNSİYET:** Cinsiyet bilgisi yazınız. | **18. SON SAĞLIK MUAYENESİNDEN BU YANA HERHANGİ BİR HAVA HADİSENİZ BULUNMAKTA MIDIR?** |
| **7. BAŞVURU:**  Uygun kutucuğu işaretleyin. Başka bir lisans makamı tarafından verilen benzer lisanslara sahip olsanız bile, bu lisans makamına ilk başvurunuzsa "İlk" seçeneğini işaretleyiniz. | **19. ALKOLLÜ İÇECEKLER İÇİYORSANIZ HAFTALIK ORTALAMA BİRİMLERLE ALIMINIZ:**  Haftalık alımı belirtiniz, örn. 12 adet (bira ve şarap)  Not: 1 birim ~ 12 g alkol; bu, standart (0,34L) bir kutu veya şişe bira, bir kadeh şarap vb. içindeki alkol miktarına karşılık gelir. |
| **8. LİSANSIN DÜZENLENDİĞİ ÜLKE:**  Birincil lisansı veren ülkeyi belirtiniz (ilk başvuru değilse). | **20. TÜTÜN ÜRÜNLERİ KULLANIR MISINIZ?**  Uygulanabilir kutuyu işaretleyin. Halen sigara içenler türü ve miktarı belirtmelidir, örn. günde 20 sigara; haftada 30 gram. |
| **9. DOĞUM YERİ VE ÜLKE**: Doğum yeri ve ülke yazınız. | **21. ŞU ANDA REÇETESİZ OLANLAR DÂHİL HERHANGİ BİR İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ?**  Bir pratisyen hekim tarafından reçete edilen ilaçları ve ayrıca reçetesiz ilaçları belirtin, örn. bitkisel ilaçlar, reçetesiz satın alınan ilaçlar (“reçetesiz”). “Evet” işaretliyse, ayrıntıları belirtiniz: ilacın adı, tedaviye başlandığı tarih, günlük/haftalık doz ve ilacın alındığı durum veya sorun. |
| **10. UYRUK**: Milliyet bilgisi yazınız. | **22. GENEL VE ​​TIBBİ GEÇMİŞ**: Genel ve tıbbi bilgisi yazınız.  Bu bölümün altında yer alan soruların eksiksiz ve doğru şekilde cevaplanması önem arz etmektedir. |
| **11. İŞ**: Meslek bilgisi yazınız. |
| **12. İŞVEREN**: İşveren bilgisi yazınız. | **23. TIBBİ BİLGİLERİN AÇIKLANMASINA İZİN**: Tıbbi bilgilerin açıklanması için izin kısmını doldurunuz. |
| **BAŞVURU SAHİBİNİN HER TÜRLÜ MUAYENE VE TEST YAPMAYI RED ETME VE KURUMA SEVK İSTEMEYE HAKKI VARDIR.**  **ANCAK BU, TIBBİ SERTİFİKASYONUN GEÇİCİ OLARAK REDDİNE SEBEP OLABİLİR.** | |

**3. Tıbbi Değerlendirme**

Yalnızca Genel Müdürlüğümüzce belirlenmiş yetkili tabiplerin kullanımı içindir. Bu form tam teşekküllü hastane tarafından verilen raporlar ve başvuranın beyanı baz alınarak yetkili tabipler tarafından doldurulur.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | T.C. Kimlik Numarası/National Identification number: | | | | | | | | | |
| (1) Muayene Kategorisi/Examination  Category  İlk Defa Alan □  Temdit □  Diğer □ | | | (2)Boy/Height  cm | | (3)Kilo/Weight  kg | | | | | (4)Göz Rengi/Eye Colour | | | (5)Saç Rengi/ Hair Colour | (6)Kan Basıncı-oturarak/Blood Pressure – seated  mmHg | | | | (7)Nabız-Dinlenme Pulse – resting | | | | |
| Sistolic/  Systolic | Diyastolik/  Diastolic | | | Oran/Rate  (bpm) | | Ritim/ Rhythm  Reg □  Irreg □ | | |
| Klinik muayene: Her maddeyi işaretleyiniz.  Clinical examination: Check each item | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Normal | | | Abnormal |  | | | | | | | | Normal | | Abnormal |
| (8) Baş, yüz, boyun, saçlı deri /Head, face, neck, scalp | | | | | | | |  | | |  | (18) Abdomen, fıtıklar, karaciğer, dalak / Abdomen, hernia, liver, spleen | | | | | | | |  | |  |
| (9) Ağız, boğaz, dişler /Mouth, throat, teeth | | | | | | | |  | | |  | (19) Anüs, rektum / Anus, rectum (Başvuran beyanı esas alınır) | | | | | | | |  | |  |
| (10) Burun, sinüsler / Nose, sinuses | | | | | | | |  | | |  | (20) Genito-üriner sistem / Genito-urinary system (Başvuran beyanı esas alınır) | | | | | | | |  | |  |
| (11) Kulaklar, özellikle kulak zarı görünümü ve motilitesi/Ears, especially eardrum appearance and motility | | | | | | | |  | | |  | (21) Endokrin sistem / Endocrine system | | | | | | | |  | |  |
| (12) Gözler-orbita ve ekleri, görme alanları / Eyes - orbit & adnexa; visual fields | | | | | | | |  | | |  | (22) Üst ve alt ekstremiteler, eklemler / Upper & lower limbs, joints | | | | | | | |  | |  |
| (13) Gözler - pupiller ve göz dibi / Eyes - pupils and optic fundi | | | | | | | |  | | |  | (23) Omurga, diğer iskelet-kas sistemi / Spine, other musculoskeletal | | | | | | | |  | |  |
| (14) Gözler - göz hareketleri, nistagmus / Eyes - ocular motility; nystagmus | | | | | | | |  | | |  | (24) Nöroloji - refleksler / Neurologic - reflexes, etc. | | | | | | | |  | |  |
| (15) Akciğerler, göğüs, memeler / Lungs, chest, breasts (Memeler için başvuran beyanı esas alınır) | | | | | | | |  | | |  | (25) Psikiyatri / Psychiatric | | | | | | | |  | |  |
| (16) Kalp / Heart | | | | | | | |  | | |  | (26) Cilt, lenfatikler / Skin, lymphatics | | | | | | | |  | |  |
| (17) Damar sistemi / Vascular system | | | | | | | |  | | |  | (27) Genel sistemik / General systemic | | | | | | | |  | |  |
| (28) Notlar: Her anormal bulguyu tanımlayınız. Her yorumdan önce uygun madde numarasını giriniz.  Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment. | | | | | | | | | | | | (29)Belirleyici işaret,dövme, yaralar, Identifiying marks, tattoos,scars | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Görme Keskinliği / Visual Acuity:  (30) 6m'de Uzak Görüş | | | | | | | | | | | | 36) İşitme/Hearing  Uygulanmadığında/When not performed | | | | | | | | | | |
|  | Düzeltilmemiş/  Uncorrected |  | | | | | Gözlük / Glasses | | Kontakt Lens/ Contact lense s | | |  | | | | Sağ kulak/Right ear | | | Sol kulak/Left ear | | | |
| Sağ Göz / Right Eye |  | Düzeltme / Corrected to | | | | |  | |  | | | Fısıltı Testi Doktora Arkası Dönük 2 m/  Conversational voice test at 2 m back turned to examiner | | | | Evet/Yes □  Hayır/No □ | | | Evet/Yes □  Hayır/No □ | | | |
| Sol Göz / Left Eye |  | Düzeltme / Corrected to | | | | |  | |  | | |
| Her İki Göz / Both  Eyes |  | Düzeltme / Corrected to | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| (31) Orta Görüş 100 cm de N14  Intermediate Vision N14 at 100cm | | | | | | | | | | | | **(37)** **Odyometri/**Audiometric | | | | | | | | | | |
|  | Düzeltilmemiş/  Uncorrected | | | | | | Düzeltilmiş/  Corrected | | | | | Hz | | | | 500 | | | 1 000 | | 2 000 | |
|  | Evet/Yes | Hayır/No | | | | | Evet/Yes | | Hayır/No | | |
| Sağ Göz / Right Eye |  |  | | | | |  | |  | | | Sağ Kulak/Right Ear | | | |  | | |  | |  | |
| Sol Göz / Left Eye |  |  | | | | |  | |  | | | Sol Kulak/Left Ear | | | |  | | |  | |  | |
| Her İki Göz / Both Eyes |  |  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| (32) Yakın Görüş 30-50 cm de N5  Near Vision N5 at 30-50cm | | | | | | | | | | | | (38) İdrar Tahlili/Urinalysis | | | | | | | | | | |
|  | Düzeltilmemiş/  Uncorrected | | | | | | Düzeltilmiş/  Corrected | | | | | Şeker/Glucose | | | | Protein/Protein | | | Kan/Blood | | Diğer/Other | |
|  | Evet/Yes | Hayır/No | | | | | Evet/Yes | | Hayır/No | | |
| Sağ Göz / Right Eye |  |  | | | | |  | |  | | | Normal□ | | | | Normal□ | | | Normal□ | | Normal□ | |
| Sol Göz / Left Eye |  |  | | | | |  | |  | | | Abnormal□ | | | | Abnormal□ | | | Abnormal□ | | Abnormal□ | |
| Her İki Göz / Both Eyes |  |  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| (33) Gözlük / Glasses: | | | | (34) Kontakt Lens / Contact Lenses | | | | | | | | 39 ) Zihin sağlığı yönünden hizmete uygunluk değerlendirildi / Mental health aspects of fitness discussed.  Evet/Yes □ Hayır/No □ | | | | | | | | | | |
| Evet/Yes□ Hayır/No□  Tip/Type: | | | | Evet/Yes□ Hayır/No□  Tip/Type: | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| (35) Renk Algılama / Colour Perception | | | | Normal □  Abnormal □ | | | | | | | | (40) Davranışsal açıdan hizmete uygunluk değerlendirildi / Behavioural aspects of fitness discussed.  Yes □ No □ | | | | | | | | | | |
| Psödo-izokromatik Plaklar/Pseudo-isochromatic plates | | | | Tip:  Type: | | | | | | | | (41)Fiziksel açıdan hizmete uygunluk değerlendirildi / Physical aspects of fitness discussed.  Yes □ No □ | | | | | | | | | | |
| Plak sayısı/No of plates: | | | | Hata sayısı/No of errors: | | | | | | | | (42) Önleyici hekimlik tavsiyeleri verildi/  Preventive health advice given.  Yes □ No □ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| İlave Raporlar/Accompanying reports | Normal | Abnormal-Yorum/Comment | | | | | Not performed  Hayır/No | | | | | Başvuru sahibinin adı/Name of applicant:  Doğum Tarihi Date of birth:    □ Uygun olduğu sınıf Fit class:  □ Bu tıbbi rapor aşağıdaki lisans için aşağıda adı bulunan kişi/kişiler tarafından düzenlenmiştir/Medical certificate issued by undersigned        **İmza/Signature:**    □ Uygun Olmadığı Sınıf/Unfit class Durum Nedeni Belirtiniz/State reason: | | | | | | | | | | |
| (43)EKG/ECG |  |  | | | | |  | | | | |
| (44)Odyogram/Audiogram |  |  | | | | |  | | | | |
| (45)Diğer/Other |  |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| (46) Yetkili Tabip tavsiyesi/ Medical examiner’s recommendation | | | | | | | | | | | | □ Daha ileri değerlendirme için sevk edilmiştir. Evet ise neden ve hangi uzmana?/Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom? | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (47) Yorumlar, kısıtlamalar / Comments, limitations: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **(48)Yetkili Tabip Beyanı/Medical examiner’s declaration:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ben/Yetkili Tabip grubumun bu sağlık muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve bu muayene raporunda ve eklerindeki bulgularımızıntamamının doğru olduğunu beyan ederim/I hereby certify that I/my DME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (49) Yer ve Tarih/Place and date: | | | | | | Yetkili Tabip Adı ve Adresi(Büyük Harflerle)/Examiner’s Name and Address: (Block Capitals)      E-posta/E-mail:  Telefon No/Telephone No.:  Faks No/Telefax No.: | | | | | | | | | | | Yetkili Tabip Mührü ve Numarası/Examiner’s Stamp and number: | | | | | |
| Yetkili Tabip/Medical Examiner’s signature: | | | | | |

**5. Tıbbi Değerlendirme Bölümünün Nasıl Doldurulacağına İlişkin Talimatlar**

Tıbbi Muayene Rapor Formu üzerindeki tüm sorular (kutular) eksiksiz olarak doldurulmalıdır.

Yazılar siyah tükenmez kalemle BÜYÜK HARFLERLE ve okunaklı olmalıdır. Okunabilir kopyalar çıkarmak için yeterli baskı uygulayın. Bu formun yazarak/yazdırılarak doldurulması hem kabul edilebilir hem de tercih edilir. Herhangi bir soruyu cevaplamak için daha fazla alana ihtiyaç duyulursa, düz bir kâğıda başvuranın adını ve doğum tarihini, gerekli ek bilgileri, ardından da imzanızı ve tarihi yazın. Aşağıdaki talimatlar Tıbbi Muayene Rapor Formu'ndaki aynı numaralı başlıklar için geçerlidir.

**DİKKAT** — Tıbbi muayene raporu formunun gerektiği gibi eksiksiz doldurulmaması veya okunaklı yazılmaması, başvurunun tamamen reddedilmesine ve düzenlenen herhangi bir Tıbbi Değerlendirmenin geri alınmasına neden olabilir. Bir Yetkili Tabip tarafından yanlış veya yanıltıcı beyanlarda bulunulması veya ilgili bilgilerin saklanması, cezai kovuşturma da dâhil olmak üzere disiplin cezasıyla sonuçlanabilir.

1. **MUAYENE KATEGORİSİ** – Uygun kutucuğu işaretleyin.

İlk Defa Alan – Tıbbi Değerlendirme Sınıfı 1, 2 veya 3 için ilk muayene.

Temdit – Sonraki RUTİN muayeneler.

Diğer – İlk veya sonraki rutin muayeneler dışındaki muayeneler.

1. **BOY** – Ayakkabısız yüksekliği santimetre cinsinden en yakın cm'ye ölçün.

1. **KİLO** – İç çamaşırındaki ağırlığı en yakın yarım kilograma kadar ölçün.

1. **GÖZ RENGİ** – Başvuranın göz rengini şu listeden belirtin: kahverengi, mavi, yeşil, ela, gri, çok renkli.

1. **SAÇ RENGİ** – Başvuranın saç rengini aşağıdaki listeden belirtiniz: kahverengi, siyah, sarı, kumral, kırmızı, gri, beyaz, kel.

1. **KAN BASINCI** – Kan Basıncı okumaları, Sistolik basınç için Faz 1 ve Diyastolik basınç için Faz 5 olarak kaydedilmelidir. Başvuru sahibi oturmalıdır. Basınç kaydı mm Hg cinsinden olmalıdır.

1. **NABIZ (DİNLENME)** – Nabız sayısı dakikada atım olarak kaydedilmeli ve ritim düzenli veya düzensiz olarak kaydedilmelidir. Gerekirse ilave yorumlar Bölüm 28, 47'de veya ayrı olarak yazılabilir.

**BÖLÜM 8 – 27** dâhil genel klinik muayeneyi oluşturur ve bölümlerin her biri Normal veya Anormal olarak kontrol edilmelidir.

1. **BAŞ, YÜZ, BOYUN, SAÇLI DERİ** – Görünümü, boyun hareketlerinin aralığını, yüz hareketlerinin simetrisini vb. içerir.

1. **AĞIZ, BOĞAZ, DİŞLER** – Ağız boşluğu, yumuşak damak hareketliliği, bademcik bölgesi, farinks ve ayrıca diş etleri, dişler ve dilin görünümünü içerir.

1. **BURUN, SİNÜSLER** – Palpasyonda burun tıkanıklığının veya sinüs hassasiyetinin görünümünü ve herhangi bir bulgusunu içerir.

1. **KULAKLAR, ÖZELLİKLE KULAK ZARI GÖRÜNÜMÜ VE MOTİLİTESİ**– Dış kulak, kulak kanalı ve kulak zarı otoskopisini içerir. Kulak zarı motilitesi valsalva manevrası veya pnömatik otoskopi ile değerlendirilir.

1. **GÖZLER-ORBİTA VE EKLERİ, GÖRME ALANLARI** – Göz kapakları ve konjonktiva dahil olmak üzere genel olarak gözlerin ve çevresindeki yapıların görünümünü, konumunu ve hareketini içerir. Görüş alanları kampimetri, perimetri veya karşılaştırma ile kontrol edilmelidir.

1. **GÖZLER - PUPİLLER VE GÖZ DİBİ** – Görünüm, boyut, refleksler, kırmızı refleks ve fundoskopiyi içerir. Varsa kornea izleri not edilmelidir.

1. **GÖZLER - GÖZ HAREKETLERİ, NİSTAGMUS** – Her yöne göz hareket aralığını; her iki gözün hareket simetrisi; oküler kas dengesi; yakınsama; konaklama; nistagmus içerir. Yakınsama ve yakın noktayı ölçmek için nesnel yöntemler geçerlidir.

1. **AKCİĞERLER, GÖĞÜS, MEMELER** – Deformiteler, ameliyat izleri, solunum hareketindeki anormallikler, solunum seslerinin oskültasyonu için göğüs muayenesini içerir. Kadın başvuranın göğüslerinin fizik muayenesi isteğe bağlıdır. İncelenmediyse belirtiniz.

1. **KALP** – Apikal kalp atımını, pozisyonu, üfürümler için oskültasyonu, karotid üfürümlerini, heyecanlar için palpasyonu içerir.

1. **DAMAR SİSTEMİ** – Varisli damarların muayenesini, nabzın karakterini ve hissini, periferik nabızları, periferik dolaşım hastalığı bulgularını içerir.

1. **ABDOMEN, FITIKLAR, KARACİĞER, DALAK** – Karın muayenesini içerecek şekilde; iç organların palpasyonu; özellikle kasık fıtığının kontrol edilmesi.

1. **ANÜS, REKTUM** – Klinik muayene sadece geçmiş ile belirtildiğinde zorunludur. İncelenmediyse belirtiniz.

1. **GENİTOÜRİNER SİSTEM** – Klinik muayene sadece geçmiş ile belirtildiğinde zorunludur. İncelenmediyse belirtiniz.

1. **ENDOKRİN SİSTEM** – Muayeneyi, hormonal anormalliklerin/dengesizliğin belirtisi için palpasyonu içerir; tiroid bezi.

1. **ÜST VE ALT EKSTREMİTELER, EKLEMLER** – Eklem ve uzuvların tüm hareketlerini, herhangi bir şekil bozukluğunu, zayıflığı veya kaybı içerir. Artrit belirtisi.

1. **OMURGA, DİĞER KAS-İSKELET** – Hareket aralığını, eklem anormalliklerini içerir.

1. **NÖROLOJİK – REFLEKSLER VB.** Refleksleri, hissi, gücü, vestibüler sistemi – dengeyi, Romberg testini vb. içerir.

1. **PSİKİYATRİK** – Görünüm, ruh hali/düşünce, davranış değerlendirmesini içerir.

1. **DERİ ve LENFATIK** – Derinin muayenesini içerecek şekilde muayene edilir.

1. **GENEL SİSTEMİK** – Beslenme durumu dâhil diğer tüm alanlar ve sistemler.

1. **NOTLAR** – Açıklanacak herhangi bir not, yorum veya anormallik - gerekirse, imzalanmış ve tarih atılmış ve başvuranın adını içeren ayrı bir kâğıda ekstra notlar ekleyin.

1. **BELİRLEYİCİ İŞARET, DÖVME, YARALAR, VB.** – Fiziksel tanımlama için kullanılabilecek öğeleri listeleyin.

1. **6 METREDE UZAK GÖRÜŞ** – Her bir göz ayrı ayrı incelenir daha sonra ikisi birlikte incelenir. Önce düzeltme olmadan daha sonra gözlükle (kullanılıyorsa), en son olarak kullanılıyorsa kontakt lenslerle muayene yapılır. Görme keskinliğini uygun kutulara kaydedilir. Görme keskinliği 6 metrede test edilir. Farklı bir mesafe kullanılıyorsa, mesafe için uygun çizelge kullanılmalıdır. Gözden grafiğe doğru bir mesafe sağlanmalıdır.

1. **1 METREDE ORTA GÖRÜŞ** – Her bir göz ayrı ayrı incelenir daha sonra ikisi birlikte incelenir. Önce düzeltme olmadan daha sonra gözlükle (kullanılıyorsa), en son olarak kullanılıyorsa kontakt lenslerle muayene yapılır. Görme keskinliğini N14'ü 100 cm'den okuma yeteneği olarak uygun kutulara kaydedilir.

1. **30–50 CMDEN YAKIN GÖRÜŞ** – Her bir göz ayrı ayrı incelenir daha sonra ikisi birlikte incelenir. Önce düzeltme olmadan daha sonra gözlükle (kullanılıyorsa), en son olarak kullanılıyorsa kontakt lenslerle muayene yapılır. Görme keskinliğini, N5'i 30–50 cm'de okuma yeteneği olarak uygun kutulara kaydedilir.

*Not.— Bifokal kontakt lensler ve sadece yakın görüşü düzelten kontakt lensler kabul edilemez.*

1. **GÖZLÜKLER** – Başvuru sahibi tarafından gözlük takılıp takılmadığını gösteren uygun kutucuğu işaretleyin. Kullanılıyorsa, tek odaklı, çift odaklı, değişken odaklı veya üstten bakma olup olmadığını belirtin.

1. **KONTAK LENS** – Kontakt lenslerin takılıp takılmadığını belirten uygun kutucuğu işaretleyin. Kullanılıyorsa aşağıdaki listeden türü belirtin; sert, yumuşak, gaz geçirgen veya tek kullanımlık.

1. **RENK ALGILAMASI** – Gerekirse, renk algısının normal olup olmadığını gösteren uygun kutucuğu işaretleyin. Hangi testin kullanıldığını belirtin, örn. Ishihara 24 plaka. Anormal ise, yanlış okunan plaka sayısını belirtin.

**36 İŞİTME** – 2 m'de her kulakta ayrı ayrı test edilen işitme yeteneğini belirtmek için uygun kutuyu işaretleyin. Başvuru sahibi, incelemeyi yapanın dudaklarını gözlemleyememelidir.

**37 ODYOMETRİ** – Saf tonlu odyometri gerekiyorsa, 125 ila 8 000 Hz arasındaki frekanslar ölçülmeli ve odyometrik sonuçlar bir odyograma kaydedilmelidir. Frekansların tamamı tanısal değere sahiptir ve işitmenin korunmasına ilişkin tavsiye sağlanması için yararlıdır. Buna rağmen, muayene formuna yalnızca 500, 1 000, 2 000 ve 3 000 Hz frekanslarının kaydedilmesi gerekir.

**38 İDRAR TAHLİLİ** – İdrar tahlili sonucunun normal olup olmadığını uygun kutucuğu işaretleyerek belirtiniz. Anormal bileşenler yoksa, uygun her kutuda SIFIR’ı belirtin.

**39 ZİHİN SAĞLIĞI YÖNÜNDEN HİZMETE UYGUNLUK DEĞERLENDİRİLDİ** –Başvuru sahiplerine hizmete uygunluk açısından ruh sağlıkları hakkında herhangi bir endişeleri olup olmadığı sorulmalıdır. Zihin sağlığı depresyon ve kaygı gibi durumları ifade eder. Yorgunlukla ilgili konular da muayenenin bu bölümünde ele alınabilir. Yetkili tabipler, özellikle uyku apnesi ile ilgili ve/veya hafifletilmesi için ilaç gerektiren yorgunluk nedenleri, önlenmesi ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Tıbbi Değerlendirmeyi etkilemedikçe, bu tür konuşmaların içeriğinin kaydedilmesi gerekli değildir.

**40 DAVRANIŞSAL AÇIDAN HİZMETE UYGUNLUK DEĞERLENDİRİLDİ** – Başvuru sahiplerine hizmete uygunluk açısından davranışsal konularla ilgili herhangi bir endişeleri olup olmadığı sorulmalıdır. Davranışsal konular, sorunlu madde kullanımı gibi davranışları kasteder. Tıbbi Değerlendirmeyi etkilemedikçe, bu tür konuşmaların içeriğinin kaydedilmesi gerekli değildir.

**41 FİZİKSEL AÇIDAN HİZMETE UYGUNLUK DEĞERLENDİRİLDİ** – Başvuru sahiplerine hizmete uygunluk açısından fiziksel herhangi bir endişeleri olup olmadığı sorulmalıdır. Fiziksel egzersiz, kilo, diyet, sigara vb. ile ilgili sorular tıbbi muayenenin bu bölümünde ele alınabilir. Tabipler, yaygın fiziksel hastalıklarla ilgili standart önleyici kılavuzlardan haberdar olmalı ve uygun olduğu şekilde bu tür tavsiyelerde bulunmalıdır. Tıbbi Değerlendirmeyi etkilemedikçe, bu tür konuşmaların içeriğinin kaydedilmesi gerekli değildir.

**42 KORUYUCU HEKİMLİK TAVSİYELERİ VERİLDİ** – Madde 39-42'nin amacı, zihinsel, davranışsal ve fiziksel sağlığın önlenmesi mümkün olan olumsuz yönlerini ele almaktır. Evet veya Hayır'ı işaretleyerek önleyici tavsiye verilip verilmediğini belirtin.

**43–45 İLAVE RAPOLAR** – Bu bölümlerin her birinin karşısındaki kutucuklardan biri işaretlenmelidir. Test gerekli değilse ve yapılmadıysa YAPILMADI kutusunu işaretleyin. Test gerçekleştirilmişse (gerekirse veya endikasyona göre), normal veya anormal kutusunu uygun şekilde doldurun. 45. soruda, beraberindeki diğer raporların sayısı belirtilmelidir.

**46 YETKİLİ TABİP TAVSİYESİ** – Başvuranın adını Büyük Harflerle girin ve ardından geçerli Tıbbi Değerlendirme sınıfıyla uygun kutuyu işaretleyin. Uygunluk değerlendirmesi öneriliyorsa, Tıbbi Sertifika verilip verilmediğini belirtin. Bir başvuru sahibi Sınıf 2'ye Uygun olarak önerilebilir, ancak aynı zamanda Sınıf 1'e Uygun Değil olarak ertelenebilir veya önerilebilir. Uygun Değil tavsiyesinde bulunulursa, nedeni belirtilmelidir. Başvuru sahibi ileri değerlendirme için ertelenirse, başvuru sahibinin sevk edildiği doktoru ve nedenini belirtiniz.

**47 YORUMLAR, KISITLAMALAR** – Bulgularınızı ve hasta geçmişi veya muayenedeki herhangi bir anormallik hakkındaki değerlendirmenizi buraya girin. Gerekli sınırlamaları da belirtin.

**48 YETKİLİ TABİP BEYANI** – Bu bölümde, Yetkili Tabipler beyannameyi imzalamalı, büyük harflerle adını ve adresini, iletişim telefon numarasını ve e-posta adresini (ve varsa faksını) tamamlamalı ve son olarak ilgili kutuyu, muayene edenin numarasını içeren yetkili tabibin kaşesi ile damgalamalıdır.

**49 YER VE TARİH** – Yeri (ilçe veya il) ve muayene tarihini girin. Muayene tarihi, formun kesinleşme tarihi değil, genel muayene tarihidir. Muayene raporu farklı bir tarihte kesinleşmişse, 47. Bölüme “Raporun kesinleştiği tarih” şeklinde kesinleşme tarihi yazılır.