

20130962303

## МИНИСТЕРСТВО ЗА ОДБРАНА

Врз основа на член 146 став (3) и член 147 став (8) од Законот за воздухопловство („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/06, 24/07, 103/08, 67/10, 24/12, 80/12 и 155/12), министерот за одбрана, донесе

### **П Р А В И Л Н И К ЗА ПОСЕБНИТЕ УСЛОВИ, НАЧИН И ПОСТАПКА НА УТВРДУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНАТА СПОСОБНОСТ НА ВОЕНИОТ ПЕРСОНАЛ ВО ВОЗДУХОПЛОВСТВОТО КОЈ ВРШИ И ОБЕЗБЕДУВА РАБОТИ ОД ЗНАЧЕЊЕ ЗА БЕЗБЕДНОСТА НА ВОЗДУХОПЛОВСТВОТО, А КОИ СЕ ОДНЕСУВААТ НА ДРЖАВНИТЕ ВОЗДУХОПЛОВИ И ЗА ОВЛАСТУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСТАНОВИ ИЛИ ЛЕКАРИ ПОЕДИНЦИ ЗА ВРШЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ ПРЕГЛЕДИ НА ВОЕНИОТ ПЕРСОНАЛ ВО ВОЗДУХОПЛОВСТВОТО**

#### **I. Основни одредби**

##### Член 1

Со овој правилник се пропишуваат посебните услови, начинот и постапката на утврдување на здравствената способност на воениот персонал во воздухопловството кој врши и обезбедува работи од значење за безбедноста на воздухопловството, а кои се однесуваат на државните воздухоплови, како и посебните услови, начинот и постапка за овластување на здравствените установи или лекари поединци за вршење на здравствени прегледи на воениот персонал во воздухопловството.

##### Член 2

Воен персонал во воздухопловството, во смисла на овој правилник, се лица кои имаат стекнато воено летачко звање пилот, техничар - летач, навигатор, летач оператор и летач специјалист.

Воениот персонал во воздухопловството подлежи на здравствени прегледи согласно овој правилник.

На здравствени прегледи согласно овој правилник се упатуваат и кандидати за воено летачко звање, како и лица со звање воен контролор на летање.

#### **II. Посебни услови, начин и постапка на утврдување на здравствената способност на воениот персонал во воздухопловството**

##### Член 3

Здравствената способност на воениот персонал во воздухопловството се утврдува врз основа на здравствени прегледи заради исполнување на условите за вршење на воено летачка служба.

Оценката на здравствената способност на воениот персонал во воздухопловството се утврдува согласно член 6 од овој правилник.

##### Член 4

Оценка за утврдување на здравствената способност врз основа на извршените здравствени прегледи на воениот персонал во воздухопловството се дава од страна на Комисија за утврдување на здравствената способност на воениот персонал во воздухопловството (во натамошниот текст: Комисијата).

Комисијата се формира во Воено медицинскиот центар на Министерството за одбрана од страна на министерот за одбрана и се состои од доктори специјалисти.

Претседател на Комисијата може да биде доктор специјалист по медицина на трудот, доктор специјалист по интерна медицина или доктор специјалист по воздухопловна медицина.

Претседателот на Комисијата треба да има завршено обука, напреден курс од областа на воздухопловната медицина, а членовите на Комисијата треба да имаат завршено основен курс од областа на воздухопловната медицина.

Обуките од став 4 на овој член се изведуваат според програма која е во согласност со меѓународните стандарди од областа на воздухопловната медицина.

Знаењето на членовите на Комисијата од областа на воздухопловна медицина се обновува секоја трета година во установа за воздухопловна медицина.

#### Член 5

Здравствените прегледи можат да бидат: првични, периодични и вонредни.

За извршените здравствени прегледи се издава лекарско уверение од страна на Комисијата со важност од една година.

#### Член 6

Првичните здравствени прегледи се вршат на лица, кандидати за звања од член 2 став 1 од овој правилник.

Здравствената способност на кандидатите на првичниот здравствен преглед се утврдува согласно Правилникот за мерилата за оценување на посебната здравствена и физичка способност на воениот персонал за служба во Армијата на Република Македонија („Службен весник на Република Македонија“ бр. 68/11).

На лицата од став 1 на овој член се врши квалитативна анализа на урина на психотропни супстанции.

Периодичните и вонредните здравствени прегледи на воениот персонал во воздухопловството се вршат според Уредбата за посебните услови, начин и постапка на утврдување на здравствената способност на персоналот во воздухопловството и другиот стручен персонал, роковите на важење на лекарските уверенија и посебните услови што треба да ги исполнуваат здравствените установи и овластен лекар-поединец за вршење на здравствени прегледи на персоналот во воздухопловството и другиот стручен персонал. („Службен весник на Република Македонија“ бр.49/08 и 87/11).

На периодичните здравствени прегледи, квалитативна анализа на урина на психотропни супстанции се врши по индикација.

#### Член 7

Воениот персонал во воздухопловството кој се упатува на здравствени прегледи за утврдување на здравствената способност доставува барање за вршење на здравствен преглед и потребна медицинска документација за здравствената состојба која му е побарана од Комисијата.

Со барањето од став 1 на овој член се доставуваат и податоци за сите промени на здравствената состојба кои настанале по последниот здравствен преглед.

#### Член 8

Ако во текот на здравствениот преглед се утврди здравствена состојба која отстапува од пропишаната за категоријата на телесна и душевна способност, припадникот на воениот персонал во воздухопловството може да биде оценет со оценка „способен“ ако:

1) здравствена состојба е таква да не се смета за неспособен за вршење на должноста;

- 2) евентуалните утврдени недостатоци функционално се компензирани и
- 3) професионалната способност, вештината и искуство да можат да го надоместат утврдениот недостаток.

Ако во тек на здравствениот преглед се утврди здравствена способност која бара скратување на рокот на важноста на лекарското уверение, ограничување за вршење одредени стручни работи, користење на очила во тек на летањето, односно за време на извршувањето на работните задачи, се издава уверение за здравствена способност со одредени ограничувања.

#### Член 9

Воениот персонал во воздухопловството се упатува на вонреден здравствен преглед по прележани болести, повреди или извршени хируршки интервенции.

### **III. Посебни услови, начин и постапка за овластување на здравствените установи или лекари поединци за вршење на здравствени прегледи на воениот персонал во воздухопловството**

#### Член 10

Здравствени прегледи на воениот персонал во воздухопловството се вршат во Воено медицинскиот центар на Министерството за одбрана.

Во случај кога здравствените прегледи на воениот персонал во воздухопловството не може да се извршат во Воено медицинскиот центар на Министерството за одбрана, тогаш прегледите се вршат во овластени здравствени установи или лекари поединци согласно Уредбата за посебните услови, начин и постапка на утврдување на здравствената способност на персоналот во воздухопловството и другиот стручен персонал, роковите на важење на лекарските уверенија и посебните услови што треба да ги исполнуваат здравствените установи и овластен лекар-поединец за вршење на здравствени прегледи на персоналот во воздухопловството и другиот стручен персонал. („Службен весник на Република Македонија“ бр.49/08 и 87/11).

По потреба, дел од здравствените прегледи се вршат и во други медицински здравствени установи во странство.

### **IV. Медицинска документација**

#### Член 11

Медицинската документација за припадниците на воениот персонал во воздухопловството се води согласно обрасците дадени во Прилог кој е составен дел на овој правилник.

### **V. Завршна одредба**

#### Член 12

Овој правилник влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, освен одредбите од член 4 ставови 5 и 6 од овој правилник кои ќе отпочнат да применуваат по две години од денот на влегувањето во сила на овој правилник.

Бр. 01-3575/2  
1 јули 2013 година  
Скопје

Министер за одбрана,  
**Талат Цафери, с.р.**

Образец бр. 1

**БАРАЌЕ ЗА ДОБИВАЊЕ ПОТВРДА ЗА ЗДРАВСТВЕНА СПОСОБНОСТ  
НА ПЕРСОНАЛ ВО ВОЗДУХОПЛОВСТВОТО И ДРУГ СТРУЧЕН ПЕРСОНАЛ**  
Медицински документ бр. 1

Барањето да се потполни со печатни букви и читливо

ДОВЕРЛИВО

Бр. Медицински дневник .....

РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА МИНИСТЕРСТВО ЗА ОДБРАНА	Класа на потврдата за здравствена способност за која Барањето се поднесува:					
	<input type="checkbox"/>	КЛАСА 1	<input type="checkbox"/>	КЛАСА 2	<input type="checkbox"/>	КЛАСА 3
	<input type="checkbox"/>	КЛАСА 4				
Прејиме:	Претходно презиме:			Барањето го поднесувам		
				<input type="checkbox"/>	ПРВ ПАТ	
				<input type="checkbox"/>	ПРОДОЛЖУВАЊЕ	
Име:	Датум на раѓање	Пол		Број на дозвола/уверение за стручна оспособеност		
		<input type="checkbox"/>	Машки			
		<input type="checkbox"/>	Женски			
Чин:	На служба во:			Важност на дозволата /уверението за стручна оспособеност:		
Тип на воздухоплов:						
Звања/дозволи/уверение за стручна оспособеност кои ги поседуваат :	Последен извршен лекарски преглед:			Ограничувања од последниот лекарски преглед:		
Вкупен налет: Вкупен налет од последниот преглед:	Здравствени проблеми после последниот лекарски преглед:			Хируршки интервенции:		
Дали сте биле учесници во воздухопловни несреќи или инциденти (краток опис):	Дали во моментот користите лекарења и кои:			Други информации поврзани со здравствената состојба:		

Општи податоци и историја на болеста: Имате ли соопшенија за следното? ДА или НЕ (според потребата) мора да се означат со кваќичка секое квадратче. Потврдете одговори бараат појаснувања во рубриците со напомени.

Општи податоци и историја на болеста	ДА	НЕ	Општи податоци и историја на болеста	ДА	НЕ
101 Проблеми со очите/операција на очите			118 Психолошки и душевни пореметувања		
102 Носење наочари и/или контактни леќи (до сега)			119 Злоупотреба на алкохол/опојни дроги/лекови		
103 Промени во рецептот за наочари од последниот преглед			120 Обид за самоубиство		
104 Алергија/велудна грозница			121 Болести со движењето кои бараат употреба на лекови		
105 Астма, болести на белите дробови			122 Анемија/авемија на срцастите станици/други пореметувања		
106 Срцеви и артеровески проблеми			123 Маларија или други тропски болести		
107 Висок или низок крвен притисок			124 Позитивен ХИВ тест		
108 Камени во бубрежите или крв во урината			125 Сексуално преносливи болести		
109 Двабетес, хормонални пореметувања			126 Хоспитализиран-примен во болница		
110 Проблеми со желудникот, срниот дроб и цревата			127 Други болести/повреди		
111 Слух, пореметувања на слухот			128 Посета на матичниот лекар од последниот преглед		
112 Болести на грлото, носот или пореметување на говорот					
113 Повреди на главата/којгузии					
114 Зачестени и силни главоболки					
115 Вртоглавици или несвестици					
116 Губење на свеста од која била причина					
117 Невролошки пореметувања: епилепсија/мозочен удар/парализа или сл.					

Фамилијарни болести	ДА	НЕ	Фамилијарни болести	ДА	НЕ
133 Болести на срцето			138 Диабетес		
134 Висок крвен притисок			139 Туберкулоза		
135 Висок холестерол			140 Алергија/астма/егзем		
136 Епилепсија			141 Наследни пореметувања		
137 Душевни болести			142 Глауком		
<b>САМО ЗА ЖЕНИ</b>					
143 Гинеколошки или менструални проблеми			Последен гинеколошки преглед (датум)		
144 Дали сте бремени?			_____		
Напомена: Да се потврди ако порано било наведено а нема промени.					

МАТИЧЕН ЛЕКАР ВО ПРИМАРНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА			
Име и презиме:		Број	
Ординација (точен назив):			
Адреса:			
Телефон/Факс/е-маил:			
_____	_____		
Датум	Потпис на кандидатот		

**ИЗВЕШТАЈ ЗА ЛЕКАРСКИ ПРЕГЛЕД**  
**Медицински документ бр. 2**

**ДАТУМ НА ПРЕГЛЕДОТ:** \_\_\_\_\_ **ДОВЕРЛИВО - ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА**  
 Бр. Медицински дневник: \_\_\_\_\_

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ:		ДАТУМ И МЕСТО НА РАБАВЕ:		Вид дозвола/уверение за стручна способност		
КЛАСА:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
(201) ПРЕГЛЕД:		<input type="checkbox"/> ПРВ-СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАНДАРДЕН	<input type="checkbox"/> ПРОШИРЕН	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЕН	
(202) ВИСИНА:	(203) ТЕЖИНА:	(204) БОЈА НА ОЧИТЕ:	(205) БОЈА НА КОСАТА:	(206) Крвен притисок: мм Хг		
см	кг			СИСТОЛИЧКИ	ДИЈАСТОЛИЧКИ	
					(207) Пулс во мирување:	
					БРЗИНА	РИТМ

Клинички преглед: Проверка на секоја стапка	Нормално	Отстапување	Клинички преглед: Проверка на секоја стапка	Нормално	Отстапување
(208) Глава, лице, врат,			(218) Абдомен, херни, при дроб, слезивка		
(209) Уста, грло, заби			(219) Апуе, ректум		
(210) Нос, синуси			(220) Генито-уринарен систем		
(211) Уши, тинитизања			(221) Ендокривен систем		
(212) Очи-орбита и задеска, видно поле			(222) Горни и долни екстремитети, нглобови		
(213) Очи-зеници и фишус на око			(223) Кардица и остатокот коскено-мускулен систем		
(214) Очи-очни мигачи, инстагакус			(224) Неуролошки рефлекс и др.		
(215) Бели дробови, граден кош, гради			(225) Психијатриски		
(216) Срце			(226) Кожа, лузни и лимфи чворови		
(217) Венокартерски систем			(227) Општо		
(228) <b>НАПОМЕНА:</b> Да се опише секое отстапување. Да се внесе бројот на ставката пред секое мислење односно коментар.					

<b>ОШТРНА НА ВИДОТ</b>							
(229) Вид на оддалеченост: 5м		КОРЕГИРАНО		(230) Вид на средна оддалеченост: 14 на растојание 100 см		НЕКОРЕГИРАН	
НЕКОРЕГИРАНО		НАОЧАРИ	КОНТ. ЛЕКИ	ДА		НЕ	
ДЕСНО ОКО				ДЕСНО ОКО			
ЛЕВО ОКО				ЛЕВО ОКО			
ДВЕТЕ ОЧИ				ДВЕТЕ ОЧИ			
(232) <b>НАОЧАРИ</b>				(231) Вид на кратко растојание: 3 на растојание 30-50 см			
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ ВИД: _____				ДЕСНО ОКО			
(233) <b>КОНТАКТНИ ЛЕКИ</b>				ЛЕВО ОКО			
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ ВИД: _____				ДВЕТЕ ОЧИ			
РЕФРАКЦИЈА	Сфера	Цилиндер	Осовина	Б.шална			
ДЕСНО ОКО							
ЛЕВО ОКО							

<b>РАСНОЗНАВАЊЕ БОИ</b>			
Песудохроматски табели:		Тип:	
Број на табела:		Број на грењка:	
<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО	<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ	<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО	<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ

<b>(234) СЛУХ</b>		<b>ДЕСНО УВО</b>		<b>ЛЕВО УВО</b>		<b>(235) АНАЛИЗА НА УРИНАТА</b>			
Испитување со разговор на 2 м со свртен грк кој испитувањот		<input type="checkbox"/> ДА		<input type="checkbox"/> ДА		<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО		<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ	
		<input type="checkbox"/> НЕ		<input type="checkbox"/> НЕ					
<b>АУДИОМЕТРИЈА</b>						<b>ГЛУКОЗА</b>	<b>ПРОТЕИН</b>	<b>КРВ</b>	<b>ОСТАНАТО</b>
Хз	500	1000	2000	3000	4000				
ДЕСНО									
ЛЕВО									
<b>(236) ФУНКЦИЈА НА БЕЛИТЕ ДРОБОВИ</b>						<b>(237) СГМОЛОЖБИ</b>			
Проток на испитување _____ м						вд			
<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО			<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ			<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО		<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ	
<b>ПРИЗУЖНИ ИЗВЕШТАИ И НАОДИ</b>						<b>НЕ СЕ ПРАВЕНИ</b>	<b>НОРМАЛНО</b>	<b>ОТСТАПУВАЊЕ</b>	
(238) ЕКГ									
(239) Аудиограм									
(240) Офталмолошки извештај									
(241) ОРЛ извештај									
(242) РТГ на белите дробови									
(243) Ливиди во крвта									
(244) Функционално испитување на белите дробови									
(245) ЕЕГ									
(246) невропсихијатриски и интерстички извештај									
Останато:									
<b>(247) ПРЕПОРАКА НА ОБЛАСНИЦИОТ ДОКТОР ЗА ПРЕВЕДИ НА ПЕРСОНАЛ ВО СЕКИ ДЕМ СПУЧЕН ПЕРСОНАЛ</b>									
<input type="checkbox"/>	Способен за класата:								
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4					
<input type="checkbox"/>	Издано Лекарско уверение за здравствена способност за класата: _____								
<input type="checkbox"/>	Неспособен за класата: _____ војска со _____								
<input type="checkbox"/>	Одложено оценување. Поради што и кому е унасен?								
<b>(248) ПРИМЕДБИ, НАПОМЕНИ, ОГРАНИЧУВАЊА</b>									
<b>(249) ИЗЈАВА НА АМЕ ПРЕТСЕДАТЕЛОТ НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА</b>									
Со ова потврдувам дека Јае Комисијата на која претседавам, го прегледавме кандидатот именуван во овој Извештај за лекарски преглед и дека овој Извештај со сите прилези ги вклучува моите вводи во потполност.									
Правно или физичко лице кое има овластување:					Потпис и печат на АМЕ-претседателот на лекарската комисија				
Име и презиме на докторот (со големи букви):									
Датум на завршување на постапката:									
					Телефон/Телефакс:				
КАНДИДАТОТ ГО ПОДИГНА ЛЕКАРСКО УВЕРЕНИЕТО ЗА ЗДРАВСТВЕНА СПОСОБНОСТ НА ДЕН: _____									
ПОТПИС НА ЛИЦЕТО КОЕ ГО ПРЕДАВА ЛЕКАРСКО УВЕРЕНИЕТО					ПОТПИС НА КАНДИДАТОТ				



Образец бр.3

**ИЗВЕШТАЈ ЗА ОФТАЛМОЛОШКИ ПРЕГЛЕД**  
 Медицински документ бр.3

**ДАТУМ НА ПРЕГЛЕДОТ:** \_\_\_\_\_ **ДОВЕРЛИВО - ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА**  
 Бр. Медицински дневник

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ:	ДАТУМ И МЕСТО НА РАЈАЊЕ:	Вид дозвола/уверение за стручна способност:
------------------------------	--------------------------	---

(301) СОГЛАСНОСТ ЗА ОТСТАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ ПОДАТОЦИ: Гв отстапувам сите податоци од овој Извештај и прилог на овластеност воздухопловен доктор, вадејќното тело на РМ, а каде што е потребно и на вадејќното тело на друга држава каде што како такви или дигитализирани (ѓ се користеле за здравствена проценка. Добивените податоци отстапуваат во сопственост на возгоре споменатите со право на пристап до нив како лично така и на мојот матичен лекар а во склад со законот. Докторската тајност ќе биде почитувана во текот на целвот период.

\_\_\_\_\_  
 Пациент  
 \_\_\_\_\_  
 Префект на кандидатот  
 \_\_\_\_\_  
 Честник од докторот (авторот)

(302) ПРЕГЛЕД	<input type="checkbox"/> ПРВ-СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАНДАРЕН	<input type="checkbox"/> ПРОВИРЕН	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЕН
КЛАСА	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

(303) Офталмолошка историја на болеста:

Клинички преглед: Проверка на секоја ставка	НОРМАЛНО	ОТСТАПУВАЊЕ	Клинички преглед: Проверка на секоја ставка	НОРМАЛНО	ОТСТАПУВАЊЕ
(304) Очи, надворешен дел и очни капаци			(308) Нупларни рефлекс		
(305) Очи, надворешен дел			(309) фундус (Офталмоскопија)		
(306) Положба и движење на окото			(310) Конвергенција	см	
(307) Видно поле, конфронтација			(311) Акомодација	д	

(312) РАВНОТЕЖА НА ОЧИНИТЕ МУСКУЛИ (во првизм диоптрии):

ОДНАЛЧЕНОСТ 50 см		ОДНАЛЧЕНОСТ 30-50 см	
ОРТО			
ЕЗО			
ЕКСО			
ХИПЕР			
ЦИКЛО			
ТРОФИЈА	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	ФОРИЈА	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
ИСНИТУВАЊЕ НА ФУЗИОНАТА РЕЗЕРВА	<input type="checkbox"/> НЕ Е ПРАВЕЛА	<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО	<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ

(313) РАСПОЗНАВАЊЕ НА БОИТЕ:

Псеудовозроматски таблаци:	Тип:	
Број на таблаци:	Број на грешки:	
Идентифицирани довозможни тестирања	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	Метода:
<input type="checkbox"/> СИГУРНО ГЛЕДАЊЕ НА БОИТЕ <input type="checkbox"/> НЕСИГУРНО ГЛЕДАЊЕ НА БОИТЕ		

ОСТРИЦА НА ВИДОТ

(314) ВИД НА ОБЛАДНОСТ 5m/6m		КОРЕГИРАНО НА		
НЕКОРЕГИРАНО:		НАОЧАРИ	КОНТАКТНИ ЛЕКИ	
ДЕСНО ОКО				
ЛЕВО ОКО				
ДВЕТЕ ОЧИ				
(315) ВИД НА ОДДАЛЕЖНОСТ 0.1 м				
ДЕСНО ОКО				
ЛЕВО ОКО				
ДВЕТЕ ОЧИ				
(316) ВИД НА ОБЛАДНОСТ ОД 30-50 см				
ДЕСНО ОКО				
ЛЕВО ОКО				
ДВЕТЕ ОЧИ				
(317) РЕФРАКЦИЈА:	Сфера	Цилиндар	Осојсва	Близина
ДЕСНО ОКО				
ЛЕВО ОКО				
<input type="checkbox"/> РЕФРАКЦИЈА УТВРДЕНА НА ПРЕГЛЕДОТ		<input type="checkbox"/> РЕФРАКЦИЈА УТВРДЕНА ВРЗ ОСНОВА НА РЕЦЕПТ		

(318) НАОЧАРИ	(319) КОНТАКТНИ ЛЕКИ
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ВИД: _____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ВИД: _____

(320) ИНТРАОКУЛАРЕН ПРИТИСОК	НОРМАЛНО	ОТСТАПУВАЊЕ
Десно (mm Hg)		
МЕТОДА:	<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО	<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ
МЕТОДА:	<input type="checkbox"/> НОРМАЛНО	<input type="checkbox"/> ОТСТАПУВАЊЕ

(321) ОФТАЛМОЛОШКИ ПАНОМЕНИ И ПРЕПОРАКИ

(322) ИЗЈАВА НА ДОКТОРОТ - ЧЛЕНОТ НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА		
Со ова потврдувам дека јас/членот на Комисијата, го прегледав кандидатот именуван во овој Извештај за офталмолошки преглед, како и дека овој Извештај со сите прилоги вклучувајќи ги и моите водни епителни и веродостоен.		
Правно или физичко лице кое има овластување:	Полно и печат на докторот - офталмолог:	Полно и печат на Претседател на лекарската комисија
Име и презиме на докторот - офталмолог (со големи букви)		
Датум на завршување на вистиката:	Телефон/Телефакс:	

Образец бр.4

**ИЗВЕШТАЈ ЗА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОШКИ ПРЕГЛЕД**  
 Медицински документ бр. 4

ДАТУМ НА ПРЕГЛЕДОТ: \_\_\_\_\_

ДОВЕРЛИВО - ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА

Бр. Медицински дневник \_\_\_\_\_

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ	ДАТУМ И МЕСТО НА РАБАЊЕ	Вид дозвола/уверение за стручна оспособеност:
-----------------------------	-------------------------	---

(401) СОГЛАСНОСТ ЗА ОТСТАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ ПОДАТОЦИ: Ен отставувам сите податоци од овој Извештај и притоа на согласен во духот лекар, надлежното тело на РМ, а каде што е потребно и на надлежното тело на друга држава каде што како такви или дигитализирани би се користеле за здравствена проценка. Добиевите податоци остануваат во сопственост на погоре споменатите со право на пристап до нив како лично така и на мојот матичен лекар а во склад со законот. Докторската тајност ќе биде почитувана во текот на целиот период.

Датум \_\_\_\_\_

Помисла на кандидатот \_\_\_\_\_

Помисла на докторот (докторот) \_\_\_\_\_

(402) ПРЕГЛЕД	<input type="checkbox"/> ИРР-СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАНДАРДЕН	<input type="checkbox"/> ПРОШИРЕН	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЕН
КЛАСА	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

(403) Отоларинголошка историја на болеста:

Клинички преглед: Проверка на секоја ставка	Нормално	Отставување	Клинички преглед: Проверка на секоја ставка	Нормално	Отставување
(404) Глава, лице, зраг. теме			(409) Говор		
(405) Усна шуплина, заби			(410) Слушан		
(406) Жрело			(411) Слушен дел, Мембрана тимпани		
(407) Носни ходници, назофаринкс, предна риноскопија			(412) Внесуматска отоскопија		
(408) Вестибуларен состав, вклучително со Ромбергска проба			(413) Тимпанометрија со импеданс, вклучително Валеала постапка (само при ИРР-СЕЛЕКЦИОНЕН преглед)		

Дополнителни испитувања (според индикациите):	НЕ СЕ ПРАВЕНИ	НОРМАЛНО	ОТСТАПУВАЊЕ
(414) Говорна аудиометрија			
(415) Странична риноскопија			
(416) ЕНГ, слонган и цолициски тест			
(417) Калориски или пртежев тест			
(418) Отледава или фиброларингоскопија			

(419) ЧИСТА ГОБАЛНА АУДИМЕТРИЈА			(420) АУДИОГРАМ								
ДБ ХЛ (ПРАГ НА СЛУХОТ)			О = ДЕСНО, Д = ЛЕВО, В = ВОЗДУХ, К = КОСКА								
Hz	ДЕСНО УВО	ЛЕВО УВО	ДБ/ХЛ								
250			10								
500			0								
1000			10								
2000			20								
3000			30								
4000			40								
6000			50								
8000			60								
			70								
			80								
			90								
			100								
			110								
			120								
			Hz 250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	

(421) ОТОЛАРИНГОЛОШКИ ПАНОМЕНИ И ПРЕПОРАКИ:

(422) ИЗЈАВА НА ДОКТОРОТ - ЧЛЕНОТ НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА

Со ова потврдувам дека јас членот на Комисијата, го прегледав кандидатот именуван во овој Извештај за Оториноларингологика преглед, како и дека овој Извештај со сите прилози вклучувајќи ги и моите наоди, е потполн и веродостоен.

Име и презиме на лекарот - оториноларинголог (со големи букви)	Потпис и печат на докторот - оториноларинголог:	Потпис и печат Претседател на лекарската комисија
Датум на завршување на поставката:	Телефон/Факс:	

**ИЗВЕШТАЈ ЗА НЕВРОЛОШКИ ПРЕГЛЕД**  
 Медицински документ бр. 5

**ДАТУМ НА ПРЕГЛЕДОТ:** \_\_\_\_\_ **ДОВЕРЛИВО - ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА**  
 Бр. Медицински дневник: \_\_\_\_\_

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ:	ДАТУМ И МЕСТО НА РАГАЊЕ:	Вид дозвола/уверение за стручна способност:
------------------------------	--------------------------	---

**СОГЛАСНОСТ ЗА ОТСТАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ ПОДАТОЦИ:** Ги отстанувам сите податоци од овој Извештај и прилог на овластените воздухопловен доктор, надлежното тело на РМ, а кадешто е потребно и на надлежното тело на друга држава каде што како такви или дигитализирани би се користеле за здравствена проценка. Добиените податоци остануваат во сопственост на погоре спомнатите со право на пристап до нив како лично така и на мојот матичен лекар а во склад со законот. Докторската тајност ќе биде почитувана во текот на целиот период.

Датум	Политика кандидатот	Поставил докторот (авторот)
ПРЕГЛЕД	<input type="checkbox"/> ПРВ-СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАНДАРЕН
	<input type="checkbox"/> ПРОЦВРЕН	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЕН
КЛАСА	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Невролошка историја на болеста-анамнеза (повреди на главата, несвестица, вртоглавица, замаглување на видот, лечење во амбулантата и/или на лекар, спилеенија и останато:**

Невролошки статус:	
МОЗОЧНИ НЕРВИ	МИОТАСКИ РЕФЛЕКСИ
МОТОРИЧКИ СОСТАВ	ПАТОЛОШКИ РЕФЛЕКСИ
КООРДИНАЦИЈА	БЕГ
МУСКУЛЕН ТОНУС	ДОПОЛНИТЕЛНИ ПРЕГЛЕДИ И АНАЛИЗИ
СЕНЗИБИЛНОСТ	
МЫСЛЕЊЕ	

**Невролошки напомени и препораки:**

**(422) ИЗЈАВА НА ДОКТОРОТ - ЧЛЕНОТ НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА**

Со ова потпирувам дека јас/членот на Комисијата, го прегледав кандидатот именуван во овој Извештај за невролошки преглед, како и дека овој Извештај со сите прилози вклучувајќи ги и моите наоди е потполн и веродостоен.

Име и презиме на лекарот - невролог (со големи букви)	Потпис и печат на докторот - невролог:	Потпис и печат Претседател на лекарската комисија
	Датум на завршување на поставката:	Телефон/Телефакс:

**ИЗВЕШТАЈ ЗА ПСИХИЈАТРИСКИ ПРЕГЛЕД**  
 Медицински документ бр. 6

**ДАТУМ НА ПРЕГЛЕДОТ:** \_\_\_\_\_ **ДОВЕРЛИВО - ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА**  
 Бр. Медицински дневник \_\_\_\_\_

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ:	ДАТУМ И МЕСТО НА РАГАЉЕ:	Вид дозвола/уверение за стручна способност:
------------------------------	--------------------------	---

**СОГЛАСНОСТ ЗА ОТСТАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ ПОДАТОЦИ:** Ја отстапувам сите податоци од овој Извештај и прилог на овластениот воздухопловен доктор, надлежното тело на РМ, а кадешто е потребно и на подлежното тело на друга држава каде што како такви или дигитализирани би се користеле за здравствена проценка. Добивените податоци остануваат во сопственост на поголе сметнатите со право на пристап до нив како лично така и на мојот матичен лекар а во склад со законот. Докторската тајност ќе биде почитувава во текот на целиот период.

\_\_\_\_\_ Датум \_\_\_\_\_ Потпишан кандидат \_\_\_\_\_ Потпишан доктор (авторот)

ПРЕГЛЕД	<input type="checkbox"/> ПРЕ-СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАНДАРДЕН	<input type="checkbox"/> ВРОВИРЕН	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЕН
КЛАСА	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Невролошка историја на болеста-анамнеза (повреда на главата, несвеста, протрлавица, замаглување на видот, лечење во амбуланата и/или на лекар, свлеченија и останато:**

**ПСИХИЈАТРИСКИ ПРЕГЛЕД (ИНТЕРВИЈУ):**

**1. АНАМНЕЗА**

- пренатална и перинатална *анамнеза*, рано детство.

**2. ПСИХИЧКИ СТАТУС**

МИСЛЕЊЕ

**Психијатриско мислење, вачомени и препораки:**

**(422) ИЗЈАВА НА ДОКТОРОТ - ЧЛЕНОТ НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА**

Со ова потврдувам дека јас/членот на Комисијата, го прегледав кандидатот вметувајќи во овој Извештај за психијатриски преглед, како и дека овој Извештај со сите прилози вклучувајќи ги и моите изводи е комплетен и веродостоен.

Име и презиме на докторот - психијатарот (со големи букви)	Потпис и печат на докторот - психијатарот:	Потпис и печат Претседател на лекарската комисија
--	--	---

Датум на завршување на пошиката: \_\_\_\_\_ Телефон/Телефакс: \_\_\_\_\_

**ИЗВЕШТАЈ ЗА ПСИХОЛОШКИ ПРЕГЛЕД**  
 Медицински документ бр. 7

**ДАТУМНА ПРЕГЛЕДОТ:** \_\_\_\_\_ **ДОВЕРЛИВО - ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА**

Бр. Медицински документ

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ:	ДАТУМ И МЕСТО НА РАТАЊЕ:	Вид дозвола/уверение за стручна способност г.:
------------------------------	--------------------------	--

**СОГЛАСНОСТ ЗА ОТСАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ ПОДАТОЦИ:** Ги отстапувам сите податоци од овој Извештај а прилог на овластеностен доктор, надлежното тело на РМ, а каде што е потребно и на надлежното тело на друга држава каде што како такви или дигитализирани би се користеле за здравствена проценка. Добиените податоци отстапуваат во согласност на погоре споменатите со право на првствено до зна како лично така и на мојот матичен лекар а во склад со законот. Докторската тајност ќе биде почитувана во текот на целиот период.

Датум	Потпис на кандидатот	Потпис на докторот (обедател)
ПРЕГЛЕД	<input type="checkbox"/> ПРВ-СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАНДАРДЕН
	<input type="checkbox"/> ПРОШИРЕН	<input type="checkbox"/> ВОЗОЗНИТЕЛЕН
КЛАСА	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Индикатори за психолошка обработка:**

Биографски податоци (семејство, образование, социоекономски статус, вклучување во работата, кратички слув. болести)

Когнитивни способности

Психолошки функции

Особини на личност

Интервјуа

Мислење

**Напомена и препораки на психологот:**

**(122) ИЗЈАВА НА ДОКТОРОТ - ЧЛЕНОТ НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА**

Со ова потврдувам дека јас членот на Комисијата, го прегледав кандидатот именуван во овој Извештај за психолошки преглед, како и дека овој Извештај со сите прилози вклучувајќи ги и моите наоди е потполн и веродостоен.

Име и презиме на лекарот - психологот (со големи букви)	Потпис и печат на докторот - психологот	Потпис и печат Претседател на лекарската комисија
Датум на завршување на поставката:	Телефон/Телефакс:	

**ИЗВЕШТАЈ ЗА ИНТЕРНИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД**  
 Медицински документ бр. 8

**ДАТУМ НА ПРЕГЛЕДОТ:** \_\_\_\_\_ **ДОВЕРЛИВО - ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА**

Бр. Медицински документ

ИМЕ И ПРИЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ:	ДАТУМ И МЕСТО НА РАГАЊЕ:	Вид деловно уверение за стручна способност:
------------------------------	--------------------------	---

**СОГЛАСНОСТ ЗА ОТСТАПУВАЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ ПОДАТОЦИ:** Ги отстапувам сите податоци од овој Извештај и прилог на овластениот воздухопловен доктор, надлежното тело на РМ, а каде што е потребно и на надлежното тело на друга држава каде што како такви или дигитализирани би се користеле за здравствена проценка. Добивените податоци остануваат во сопственост на погоре спомнатите со право на пристап до нив како лично така и на мојот матичен лекар а во склад со законот. Докторската тајност ќе биде почитувана во текот на целиот период.

Потпис	Потпис на кандидатот	Потпис на докторот (сведокот)		
ПРЕГЛЕД	<input type="checkbox"/> ПРВА СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАНДАРДЕН	<input type="checkbox"/> ПРОВИРЕН	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЕН
КЛАСА	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Интернистичка историја на болеста:**

<b>Интернистички статус</b>					
КОЖА И СЛУЗОВОЖКА ПЛЪВА И ВРАТ			АБДОМЕН		
РЕСТРАТОРЕЦ СИСТЕМ			ЕНДОКРИНЕН СИСТЕМ		
КАРДИОВАСКУЛАРЕН СИСТЕМ			ЕКГ ДАТА, ЕРГОМЕТРИЈА		
ВРЕМЕ НА			РОДУМБЕ		
СРДЕЧНИ			СКОП		
ЛЕЖЕЧНИ			ГРАФ		
20 ЧУЧ			ПО 2 МИН		
АПНЕА:					
ТА					
ПУДС					
<b>ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД:</b>					
<b>УРИНА:</b>		<b>ХЕМОГРАМ:</b>		<b>Se</b>	<b>Pr</b>
Sp.t		Ab		Sach	
				Sed	
<b>МИСЛЕЊЕ</b>					

**Напомена и препораки на интернистот:**

**(422) ИЗЈАВА НА ДОКТОРОТ - ЧЛЕНОТ НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА**

Со ова потврдувам дека јас/злениот на Комисијата, го прегледав кандидатот именуван во овој Извештај за интернистички преглед, како и дека овој Извештај со сите прилози вклучувајќи ги и моите наоди е потполн и веродостоен.

Име и презиме на лекарот - интернист (со голем букви)	Потпис и печат на докторот - интернист:	Потпис и печат Претседател на лекарската комисија
Датум на завршување на поставката:	Телефон/Факс:	



Образец бр. 9

**УНАТ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЕН ПРЕГЛЕД  
СО ИЗВЕШТАЈ НА СТРУЧНАК ПРИФАТЛИВ ЗА МИНИСТЕРСТВОТО**  
Медицински документ бр. 9

ЛЕКАР-СПЕЦИЈАЛИСТ (ИМЕ И ПРЕЗИМЕ)		
ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА		
Адреса/ телефон:		

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА КАНДИДАТОТ		ДАТУМ И МЕСТО НА РАТАБЕ:		Вид доцерна уверение за стручна способност:	
КЛАСА	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
ПРЕГЛЕД	<input type="checkbox"/> ПРВ-СЕЛЕКЦИОНЕН	<input type="checkbox"/> СТАВДАРЕН	<input type="checkbox"/> ПРОШИРЕН	<input type="checkbox"/> ДОПОЛНИТЕЛЕН	
Датум на почетокот на прегледот:					

Причина поради која се упатува:

Се бара:

Приложена медицинска документација:

Правно или физичко лице која што има овластување:	
Име и презиме (со големи букви)	Потпис и печат на АМЕ-претседателот на лекарската комисија:
Адреса:	Телефон/ Факс:



ОГРАНИЧУВАЊА, СОСТОЈБИ И ВАРИЈАЦИИ (LIMITATIONS, CONDITIONS AND VARIATIONS)				
Медицински документ бр. 10				
Бр.	КОД	ОГРАНИЧУВАЊЕ ИЛИ ОТСЕПАУВАЊЕ	ОДРЕДНО ОД	ПОВЛЕЧЕНО ОД
1.	TML	VALID ONLY FOR _____ MONTHS (ВАЖНОСТ ДО _____ МЕСЕЦИ)		
2.	VDL	SHALL WEAR CORRECTIVE LENSES (МОРА ДА НОСИ ЛЕКИ ЗА КОРЕКЦИЈА НА ВИДОТ)		
3.	VML	SHALL WEAR MULTIFOCAL LENSES (AND CARRY A SPARE SET OF SPECTACLES) МОРА ДА НОСИ МУЛТИФОКАЛНИ ЛЕКИ (И ДА НОСИ РЕЗЕРВНИ НАОЧАРИ)		
4.	VNL	SHALL HAVE AVAILABLE CORRECTIVE LENSES (МОРА ДА ИМА ПРИ РАКА ЛЕКИ КОРЕКЦИЈА НА ВИДОТ)		
5.	VCL	VFR FLIGHTS BY DAY ONLY (ВФР ЛЕТОВИ САМО ПРЕКУ ДЕН)		
6.	OML	VALID ONLY AS FOR WITH QUALIFIED COPILOT (ВАЖИ САМО КАКО, ИЛИ СО КВАЛИФИКУВАН КОПИЛОТ)		
7.	OCL	VALID ONLY AS COPILOT (ВАЖИ САМО КАКО КОПИЛОТ)		
8.	OSL	VALID ONLY WITH SAFETY PILOT AND IN AIRCRAFT WITH DUAL CONTROLS (ВАЖИ САМО СО СИГУРНОСЕН ПИЛОТ И ВО ВОЗДУХОПЛОВИ СО ДВОЈНИ КОМАНДИ)		
9.	OAL	RESTRICTED TO DEMONSTRATED AIRCRAFT TYPE (ОГРАНИЧЕН САМО НА ШКОЛСКИ ТИП НА ВОЗДУХОПЛОВИ)		
10.	OPL	VALID ONLY WITHOUT PASSENGERS (ВАЖИ САМО БЕЗ ПАТНИЦИ)		
11.	APL	VALID ONLY WITH APPROVED PROSTHESIS (ВАЖИ САМО СО ОДОБРЕНА ПРОТЕЗА)		
12.	AHL	VALID ONLY WITH APPROVED CONTROLS (ВАЖИ САМО СО ОДОБРЕНА РАЧНА КОНТРОЛА)		
13.	AGL	VALID ONLY WITH APPROVED EYE PROTECTION (ВАЖИ САМО СО ОДОБРЕНА ЗАШТИТА ЗА ОЧИТЕ)		
14.	SSL	SPECIAL RESTRICTIONS AS SPECIFIED (ПОСЕБНИ ОГРАНИЧУВАЊА ПО СПЕЦИФИКАЦИЈА)		
15.	SIC	SPECIAL INSTRUCTIONS – CONTACT AMS (ПОСЕБНИ УПАТСТВА – ДА СЕ ОБРАТИ ДО АГЕНЦИЈАТА ЗА ЦИВИЛНО ВОЗДУХОПЛОВСТВО)		
16.	AMS	RECERTIFICATION OR RENEWAL BY AMS (ПРОДОЛЖУВАЊЕ ИЛИ ИЗДАВАЊЕ НОВА САМО ОД СТРАНА НА АМС)		
17.	RXO	REQUIRES SPECIALIST OPHTHALMOLOGICAL EXAMINATIONS (БАРА СПЕЦИЈАЛНИ ОФТАЛМОЛОШКИ ПРЕГЛЕДИ)		

**ОГРАНИЧУВАЊА, СОСТОЈБИ И ВАРИЈАЦИИ**  
**Медицински документ бр. 10 - ПРОДОЛЖЕНИЕ**

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 1:

**TML – (VALID ONLY FOR \_\_\_\_\_ MONTHS.)**

**(ВАЖНОСТ \_\_\_\_\_ МЕСЕЦИ.)**

Објаснување: Периодот на важност на лекарското уверение е ограничено на прикажаниот период поради причините кои ви објасни Председателот на лекарската комисија. Важноста почнува да тече од првиот ден на лекарскиот преглед. Секој друг период на важност на претходното уверение веќе не е валиден. На повторен преглед ќе пристапите кога ви е препорачано и придржувајте се на препораките на докторот.

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 2:

**VDL – (SHALL WEAR CORRECTIVE LENSES)**

**(МОРА ДА НОСИ КОРЕКТИВНИ ЛЕЌИ)**

Објаснување: За задоволување на критериумите за вид на вашата дозвола, додека ги користите бенефициите на вашата дозвола и/или овластувањата обврзани сте да ги носите сние очила или корективни леќи кои го коретираат вашиот вид на далечина како што е прегледано и одбено од страна на АМЕ. Исто така со себе мора да носите резервни очила. Во случај да користите корективни леќи, со себе мора да носите резервни очила одобрени од страна на АМЕ. Додека ви користите бенефициите на вашата дозвола и/или овластувањата не смеете да носите корективни леќи се додека не добиете одобрение од АМЕ. Исто така со себе мора да носите резервни очила.

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 3:

**VML – (SHALL WEAR MULTIFOCAL LENSES (AND CARRY A SPARE SET OF SPECTACLES))**

**(МОРА ДА НОСИ МУЛТИФОКАЛНИ ЛЕЌИ (И ДА НОСИ РЕЗЕРВНИ ОЧИЛА))**

Објаснување: За задоволување на критериумите за вид на вашата дозвола, додека ги користите бенефициите на вашата дозвола и/или овластувањата обврзани сте да ги носите сние очила или корективни леќи кои го коретираат вашиот вид на далечина, близина и средна оддалеченост како што е прегледано и одбено од страна на АМЕ. Корективните леќи или обичните очила, кога само го коретираат видот на близина, не смеат да се носат. Исто така со себе мора да носите резервни очила.

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 4:

**VNL – (SHALL HAVE AVAILABLE CORRECTIVE LENSES)**

**(МОРА ДА ИМА ДОСТАПНИ КОРЕКТИВНИ ЛЕЌИ)**

Објаснување: За задоволување на критериумите за вид на вашата дозвола, додека ги користите бенефициите на вашата дозвола и/или овластувањата обврзани сте да ги носите сние очила или корективни леќи кои го коретираат вашиот вид на близина како што е прегледано и одбено од страна на АМЕ. Корективните леќи или обичните очила, кога само го коретираат видот на близина, не смеат да се носат. Исто така со себе мора да носите резервни очила.

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 5:

**VCL – (VFR FLIGHTS BY DAY ONLY)**

**(VFR ЛЕТОВИ САМО ДЕНЕ)**

Објаснување: Ова ограничување се применува на приватни пилоти што значи дека може да се применува само на лекарските уверенија од категорија 2. Ова ограничување им овозможува на приватните пилоти кои не можат да распознаваат бои да управуваат со воздухоплов во одредени услови.

**ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 6:**

**OML – (VALID ONLY AS OR FOR WITH QUALIFIED CO-PILOT)  
(ВАЖИ САМО ЗА, ИЛИ СО КВАЛИФИКУВАН КОПИЛОТ)  
(OPERATIONAL MULTICREW LIMITATION)  
(ОПЕРАТИВНО ОГРАНИЧУВАЊЕ ЗА ПОВЕКЕЧЛЕНА ПОСАДА)**

Објаснување: Ограничувањето за летање во повеќечлена посада се применува само на категоријата 1 за здравствени способности. Страникувањето OML ќе се применува кога имателот на професионална или сообраќајна летачка дозвола не ги задоволува во потполност критериумите здравствена способност од категорија 1, меѓутоа се смета дека се наоѓа во рамките прифатлив ризик за сигурно користење на бенефициите на доволата и/или овластувањата. Ова ограничување се применува во контекст со повеќечлена посада, и единствено Агенцијата за цивилно воздухопловство го издава и укинува од лекарското уверение. Вториот пилот во повеќечлената посада мора да биде способен за тој тип, не сме да биде постар од 60 години и не сме да има OML ограничување.

**ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 7:**

**OSL – (VALID ONLY AS CO-PILOT)  
(ВАЖИ САМО ЗА КОПИЛОТ)**

Објаснување: Ова ограничување е проширување на OML ограничувањето, и се применува кога личноста, заради некоја добро дефинирана здравствена причина, е проценета како сигурна да работи како копилот, но не како капетан.

**ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 8:**

**OSL – (VALID ONLY WITH SAFETY PILOT AND IN AIRCRAFT WITH DUAL CONTROLS)  
(ВАЖИ САМО СО СИГУРНОСЕН ПИЛОТ И ВО ВОЗДУХОПЛОВ СО ДВОЈНИ  
КОМАНДИ)  
(OPERATIONAL SAFETY PILOT LIMITATION)  
(ОПЕРАТИВНО ОГРАНИЧУВАЊЕ ЗА ЛЕТАЊЕ СО СИГУРНОСЕН ПИЛОТ)**

Објаснување: За ова ограничување потребно е воздухопловот да има двојни команди. Сигурносниот пилот (Safety Pilot) мора да биде квалификуван за капетан (PIC) за одредената класа/тип и мора да има овластување за постоечките услови за лет. Сигурносниот пилот мора да седи управувачкото место, мора да биде можните неспособности на имателот на ова ова ограничување и мора да биде спремен да ги преземе командите на воздухопловот. OSL ограничувањето може да го издаде или укине само Агенцијата за цивилно воздухопловство.

**ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 9:**

**OAL – (RESTRICTED TO DEMONSTRATED AIRCRAFT TYPE)  
(ОГРАНИЧЕН САМО НА ПОЗНИОТ ТИП НА ВОЗДУХОПЛОВ)**

Објаснување: Ова ограничување може да се примени на пилоти кои имаат недостаток на некој екстремитет или некој друг анатомски проблем кој во текот на пробниот лет или испитувањата на симулатор се покажал како прифатлив, но сепак за него е потребно ограничување на одреден тип на воздухоплов.

**ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр.10:**

**OPL – (VALID ONLY WITHOUT PASSENGERS)  
(ВАЖИ САМО БЕЗ ПАТНИЦИ)**

Објаснување: Ова ограничување може да се примени кога пилотот со мускулно-костани проблеми, или некои други здравствени проблеми, може да претставува одреден ризик за летот кој може да биде прифатлив за пилотот, но не е прифатлив за пренос на патници.

**ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр.11:**

**APL – (VALID ONLY WITH APPROVED PROSTHESIS)  
(ВРЕДИ САМО СО ОДОБРЕНА ПРОТЕЗА)**

Објаснување: Ова ограничување се применува слично како OPL ограничувањето (бр.9) и се добива кај недостатоци на екстремитетите.

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 12:

**AHL – (VALID ONLY WITH APPROVED HAND CONTROLS)  
(ВАЖИ САМО СО ОДОБРЕНИ РАЧНИ КОМАНДИ)**

*Објаснување:* Види JAR FCL 3.320, Додаток 9, Точка 2.

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 13:

**AGL – (VALID ONLY WITH APPROVED EYE PROTECTION)  
(ВАЖИ САМО СО ОДОБРЕНА ЗАШТИТА НА ОЧИТЕ)**

*Објаснување:* Види JAR FCL 3.215, 3.220, 3.335, 3.340, Глава 13, став 3( Додаток 3).

ОГРАНИЧУВАЊЕ Бр. 14:

**RXO – (REQUIRES SPECIALIST OPHTHALMOLOGICAL EXAMINATIONS)**

*Објаснување:* Види JAR FCL 3.215(h).

Образец бр. 11

**РАБОТНА КНИГА НА ЛЕКАРСКАТА КОМИСИЈА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА  
ЗДРАВСТВЕНАТА СПОСОБНОСТ НА ВОЕН ВОЗДУХОПЛОВЕН ПЕРСОНАЛ  
ЗА КЛАСА \_\_\_\_\_**

РАБОТНА КНИГА БРОЈ: \_\_\_\_\_

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА \_\_\_\_\_

ПРЕТСЕДАТЕЛ \_\_\_\_\_

ЧЛЕН (ДОКТОР ПО МЕДИЦИНА  
СПЕЦИЈАЛИСТ) \_\_\_\_\_

ЧЛЕН (ДОКТОР ПО МЕДИЦИНА  
СПЕЦИЈАЛИСТ) \_\_\_\_\_

ЧЛЕН (ДОКТОР ПО МЕДИЦИНА  
СПЕЦИЈАЛИСТ) \_\_\_\_\_

ЧЛЕН (ДОКТОР ПО МЕДИЦИНА  
СПЕЦИЈАЛИСТ) \_\_\_\_\_





**УВЕРЕНИЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ СПОСОБНОСТИ ЗА ИЗВРШУВАЊЕ НА РАБОТИТЕ  
НА ВОЕН ВОЗДУХОПЛОВЕН ПЕРСОНАЛ**

\_\_\_\_\_ (име и презиме)

\_\_\_\_\_ (датум и место на раѓање)

Прегледан е и Лекарската комисија во склад со одредбите од Уредбата

(Службен весник \_\_\_\_\_) и утврди дека

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ

**ГИ  
ЗАДОВОЛУВА**

**НЕ ГИ  
ЗАДОВОЛУВА**

пропишаните услови за:

<input type="checkbox"/> КЛАСА 1	<input type="checkbox"/> КЛАСА 4
<input type="checkbox"/> КЛАСА 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> КЛАСА 3	

**БЕЗ  
ОГРАНИЧУВАЊЕ**

**СО  
ОГРАНИЧУВАЊЕ**

\_\_\_\_\_ БРОЈ, КОД И СОДРЖИНА НА ОГРАНИЧУВАЊЕТО

\_\_\_\_\_ ЧЛЕНОВИЛОГ НА УРЕДБАТА НА КОЈ СЕ ОДНОСУВА ОГРАНИЧУВАЊЕТО

**СПОСОБЕН**

**НЕ Е СПОСОБЕН**

За извршување на работите:  
(вид на дозвола и  
овластување/уверение за стручна  
способност)

Работна книга број: \_\_\_\_\_

Реден број на работната книга: \_\_\_\_\_

Датум на издавање:

Важи до:

Потпис на Претседателот на лекарската комисија

ПЕЧАТ