



# AAC/ACAA

## RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR

### MEDICAL EXAMINATION REPORT



Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

03-3.FMU/PT.001.FRM.004

## RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR MEDICAL EXAMINATION REPORT

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS - REFER TO INSTRUCTIONS PAGES FOR DETAILS  
PLOTËSONI KËTË FLETË TËRËSISHT DHE MË SHKRONJATË MËDHATË SHTYPIPIT-REFEROJUNI FLETËVE INSTRUKTUESE PËR DETAJE

Shtojca2/Appendix2

Medical in Confidence/Mjekesore ne Kofidence

(201) Examination Category		(202) Height	(203) Weight	(204) Eye Colour	(205) Hair Colour	(206) Blood Pressure - seated mmHg		(207) Pulse - resting		(13) Reference Nr:
Initial	<input type="checkbox"/>					Systolic	Diastolic	Rate (bpm)	Rhythm	
Revalidation	<input type="checkbox"/>								regular	
Renewal	<input type="checkbox"/>								irregular	

Clinical examination: Check each item	Normal				Abnormal				Normal				Abnormal				
	(208) Head, face, neck, scalp									(218) Abdomen, hernia, liver, spleen							
(209) Mouth, throat, teeth									(219) Gastrointestinal system								
(210) Nose, sinuses									(220) Genito-urinary system								
(211) Ears, drums, eardrum motility									(221) Endocrine system								
(212) Eyes - orbit & adnexa; visual fields									(222) Upper & lower limbs, joints								
(213) Eyes - pupils and optic fundi									(223) Spine, other musculoskeletal								
(214) Eyes - ocular motility; nystagmus									(224) Neurologic - reflexes, etc.								
(215) Lungs, chest, breasts									(225) Psychiatric								
(216) Heart									(226) Skin, identifying marks and lymphatic								
(217) Vascular system									(227) General systemic								
(228) Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment										(226a) Identifying marks, scars etc							

Visual acuity (229) Distant vision at 5m /6m

	Glasses	Contact lenses
Right eye, uncorr.	Corrected to	
Left eye, uncorr.	Corrected to	
Both eyes, uncorr.	Corrected to	

(230) Intern. vision

	Uncorrected		Corrected	
	Yes	No	Yes	No
N14 at 100 cm				
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(231) Near vision

	Uncorrected		Corrected	
	Yes	No	Yes	No
N5 at 30-50 cm				
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(232) Glasses (233) Contact lenses

Yes  No       Yes  No

Type:      Type:

Refraction	Sph	Cyl	Axis	Add
Right eye				
Left eye				

(333) Colour perception

Pseudo-isochromatic plates Type: Ishihara (24 plates)

Plates: 1-15      No of errors:

(234) Hearing (when 241 not performed)

	Right ear		Left ear	
Conversational voice test (2 m) back turned to examiner	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Audiometer				
Hz	500	1000	2000	3000
Right				
Left				

(236) Pulmonary function (237) Hemoglobin

FEV1/FVC	%	g/dl
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal

(235) Uri analysis

Glucose	Protein	Blood	Other
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal			

Accompanying Reports

	Not performed	Normal	Abnormal
(238) ECG			
(239) Audiogram			
(240) Ophthalmology			
(241) ORL (ENT)			
(243) Blood lipids			
(244) Pulmonary function			
(320) Tonometry L: R: mmHg			
Other			

(247) Aviation medical examiner's recommendation

Name of the applicant:



Date of birth:

Fit class

Medical certificate issued class

Unfit class

Referred for further evaluation. If yes, why and to whom?

	<p><b>AAC/ACAA</b></p> <p><b>RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR</b></p> <p><b><i>MEDICAL EXAMINATION REPORT</i></b></p>	 <p>AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL</p>
---	--	--

Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

O3-3.FMU/PT.001.FRM.004



(248) Comments, restrictions, limitations:

--

**(249) AME declaration:**

I hereby certify that I/my AME 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.

(250) Place and date:	Examiner's Name and Address (Block Capitals)	AME certificate No.:
Authorized Medical Examiner's Signature:	E-mail: Telephone No.: Telefax No.:	

	<p><b>AAC/ACAA</b></p> <p><b>RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR</b></p> <p><b>MEDICAL EXAMINATION REPORT</b></p>	 <p>AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL</p>
---	---	--

Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

O3-3.FMU/PT.001.FRM.004

**INSTRUKSIONE PËR AME PËR PLOTËSIMIN E FORMËS SË RAPORTIT TË EKZAMINIMIT MJEKËSOR**

**AME INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE MEDICAL EXAMINATION REPORT FORM**

Të gjitha pyetjet (kutitë) në Formën e Raportit të Ekzaminimit Mjekësor duhet të plotësohen plotësisht. Nëse një Formë e Raportit të Ekzaminimit Otorinolaringologjik është e bashkëngjitur, atëherë pyetjet 209, 210, 211 dhe 234 mund të hiqen .Shkrimi duhet të jetë me gërma të mëdha të shtypit duke përdorur një rapitograf dhe të jetë lehtësisht i lexueshëm. Ushtrooni një presion të mjaftueshëm për të bërë edhe kopjet të lexueshme .Plotësimi i kësaj forme duke shtypur elektronikisht apo printuar është i pranueshëm dhe i preferueshëm në të dyja rastet. Nëse nevojitet më tepër hapësirë për t’ju përgjigjur ndonjë pyetjeje, shkruani në një copë letër të pastër emrin e aplikantit, informacionin, firmën tuaj dhe datën e nënshkrimit.

Instrukcionet e mëposhtme aplikohen për të njëjtin numër të kapitujve të numëruar në Formën e Raportit të Ekzaminimit Mjekësor .

Vërejtje: Mosplotësimi i formës së Raportit të Ekzaminimit Mjekësor në mënyrë të plotë siç kërkohet ose mos lexueshmëria e shkrimit mund të çojë në mos pranimit të aplikimit totalisht dhe mund të çojë në tërheqjen e certifikatës mjekësore të lëshuar. Bërja e deklarimeve të pavërteta apo çorientuese ose refuzimi i dhënies së informacioneve të rëndësishme tek një AME mund të rezultojë në ndjekje penale, mohim të aplikimit apo tërheqje të një certifikate mjekësore të lëshuar.

**(201) KATEGORIA E EKZAMINIMIT** –shënoni tek kutia përkatëse.

Fillestar-Ekzaminimi fillestar për Kategorinë 1 ose 2, gjithashtu ekzaminimi fillestar për kalimin nga Kategoria 2 në 1 (shënoni “përditësim” në seksionin -248 )

Rinovimi/Rivalidimi – Ekzaminimet rutinë pasuese.

Zgjatja e Rinovimit /Rivalidimit – Ekzaminimet rutinë pasuese që përfshijnë ekzaminimet oftalmologjike dhe ORL

**(202)LARTËSIA**-Masni lartësinë, pa këpucë në centimetra, në cm më të afërt.

**(203) PESHA** – Masni peshën, në rroba të brendshme në kilogramë, në kg më të afërt.

**(204) NGJYRA E SYVE**- Vendosni ngjyrën e syve të aplikantëve nga lista e mëposhtme: bojëkaf,blu,lajthi,jeshile, gri, shumëngjyrësh.

**(205)NGJYRA E FLOKËVE** –Vendosni ngjyrën e flokëve të aplikantëve nga lista e mëposhtme: bojëkaf,e zezë ,e kuqe,bjonde,pa flokë.

**(206) PRESIONI I GJAKUT**- Leximi i presionit të gjakut do të regjistrohet si Faza 1 për presionin Sistolik dhe Faza 5 për presionin Diastolik .Aplikanti duhet të ulet dhe të pushojë. Regjistrimi në mm Hg (milimetra merkur)



**(207) PULSI (PUSHIMI)** –Rrahja e pulsit do të regjistrohet në rrahje për minutë dhe ritmi duhet të regjistrohet si i rregullt ose si i parregullt. Komentet e mëtejshme, nëse shihen të nevojshme, mund të shkruhen në seksionin 228,248 ose veçmas.

**SEKSIONI (208)-(227)** Përmban ekzaminimin klinikal të përgjithshëm dhe çdo seksion duhet të kontrollohet si normal apo jonormal.

**(208) KOKA, FYTYRA, QAFA, SKALPI**- Përfshin paraqitjen, gamën e lëvizshmërisë së qafës dhe fytyrës,simetrinë etj.

**(209) GOJA, FYTI, DHËMBËT**-Përfshin paraqitjen e kavitetit oral, lëvizshmërinë palatale/qiellzës, zonën tonsilare (bajameve) faringun dhe mishrat e dhëmbëve, dhëmbët dhe gjuhën.

**(210) HUNDA, SINUSET**- Përfshin paraqitjen dhe evidentimin e ndonjë pengese nazale/të hundës ose lehtësinë e sinusit në prekje.

	<p><b>AAC/ACAA</b></p> <p><b>RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR</b></p> <p><b>MEDICAL EXAMINATION REPORT</b></p>	 <p>AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL</p>
---	---	--

Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

O3-3.FMU/PT.001.FRM.004

**(211) VESHËT, DAULLET E VESHIT DHE LËVIZSHMËRIA E TYRE** –Përshin otoskopinë e veshit të jashtëm, kanalet, membranën timpanike. Lëvizshmëria e daulles së veshit nga manovrimi valsalvatik (frymëmarrja artificiale) ose nga otoskopia pneumatike

**(212) SYTË – ORBITA DHE MORFOLOGJIA E STRUKTURAVE VIZUALE, FUSHAT PAMORE**-Përshin pozicionin dhe lëvizjen e strukturave rrethuese të përgjithshme duke përfshirë qepallat e syve dhe konjuktivat. Fushat pamore kontrollohen nga kampimetri, perimetri ose konfrontimi.

**(213) SYTË- PUPILAT DHE FONDI OPTIK**-Përshin madhësinë, reflekset, reflekset e kuqe dhe fundoskopinë. Shënime të veçanta për shenjat korneale.

**(214) SYTË-LËVIZSHMËRIA OKULARE, NISTAGMUS**-Përshin variabilitetin e lëvizjes së syrit në të gjitha drejtimet; simetrinë e lëvizjes së të dy syve, balancën e muskulit okular, konvergjencën, përshtatshmërinë; shenja të nistagmusit.

**(215) MUSHKËRITË, KRAHARORI, GJIRI** - Përshin inspektimin e krahavorit për deformime, shenja operimi, abnomali të lëvizjes respiratore, dëgjimin e tingujve të frymëmarrjes. Ekzaminimi fizik i gjirit të aplikanteve femra duhet të kryhet vetëm me miratim të aplikantit.

**(216) ZEMRA**-Përshin rrahjet e zemrës apikale, pozicionin, dëgjimin e gurgullimave/murmurimave, bruits karotide, ndjeshmërinë emocionale.

**(217) SISTEMI VASKULAR**-Përshin ekzaminimin e venave varikoze, karakterin dhe ndjenjën e pulsit, pulsën periferik, evidencën e sëmundjes së qarkullimit periferik.

**(218) ABDOMENI, HERNIA, MËLÇIA, SHPRETKA**-Përshin inspektimin e barkut, prekjën e organeve të brendshme, kontrollin për hernian inkuinale në veçanti.

**(219) ANUSI, ZORRA E TRASHË** - Ekzaminim vetëm nëpërmjet një pranimi formal nga ana e të interesuarit.

**(220) SISTEMI GJENITO-URINAR** - Përshin prekjën e veshkave; inspektimin me prekje të organeve riprodhuese femërore/mashkullore vetëm nëpërmjet një pranimi formal nga ana e të interesuarit.

**(221) SISTEMI ENDOKRIN**-Përshin inspektimin, prekjën për evidencë të abnomalive/ çekuilibrimin hormonal; gjëndrat tiroide.

**(222) GJYMTYRËT E SIPËRME DHE TË POSHTME,LIGAMENTET** –Përshin diapazonin e plotë të lëvizjeve të ligamenteve dhe gjymtyrëve, çdo deformim, dobësi apo humbje.Evidencë të artritit.

**(223) SHPINA, MUSKUJ TË TJERË SKELETAL**-Përshin diapazonin e lëvizjeve, abnomalinë e ligamenteve

**(224) NEUROLOGIA-REFLEKSET E TË TJERA** – Përshin reflektet, ndjesitë, fuqinë, sistemin vestibular-ekuilibrin, testin Romberg.

**(225) PSIKIATRIKE** –Përshin paraqitjen,temperamentin(humorin) e përshtatshëm/mendimet, sjelljen jo të zakonshme.



**(226) LËKURA, LIMFATIKËT, SHENJAT IDENTIFIKUESE** – Përshin inspektimin e lëkurës; inspektimin dhe prekjën per limfadenopati etj.Përshkruani shkurtimisht shenjat,tatuazhet,shenjat e lindjes, etj., që mund të përdoren për qëllime identifikimi.

**(227) SISTEME TË TJERA TË PËRGJITHSHME**-Të gjitha zonat e tjera, sistemet dhe gjendjet ushqimore (statusi ushqyes).

**(228) SHËNIME**- Shënime të mundshme, komente ose abnomali për t'u përshkruar- shënime shtesë nëse kërkohen në letër, të firmosura dhe të datuara.

**(229) SHIKIMI NË DISTANCË 5/6 METRA** –Çdo sy duhet të ekzaminohet më vete/veçmas dhe pastaj të dy së bashku.Në fillim pa korrektim/korrigjim, pastaj me syze (nëse përdoren) dhe në fund me lente kontakti, nëse përdoren.Regjistroni aftësinë vizuale në kutizat e përshtatshme. Aftësia vizuale të testohet në 5 ose 6 metra me karta/tabela të përshtatshme në distancë.

**(230) SHIKUESHMËRIA E MESME NË 1 METER** – Çdo sy duhet të ekzaminohet më vete/veçmas dhe pastaj të dy së bashku. Në fillim pa korrektim/korrigjim, pastaj me syze (nëse përdoren) dhe në fund me lente kontakti, nëse përdoren.Regjistroni aftësinë vizuale në kutizat e përshtatshme si aftësi për të lexuar N14 në 100 cm (PO/JO).

	<p><b>AAC/ACAA</b></p> <p><b>RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR</b></p> <p><b>MEDICAL EXAMINATION REPORT</b></p>	 <p>AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL</p>
---	---	--

Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

O3-3.FMU/PT.001.FRM.004

**(231) SHIKIMI NGA AFËR NË 30-50 CM-** Çdo sy duhet të ekzaminohet më vete/veçmas dhe pastaj të dy së bashku. Në fillim pa korrektim/korrigjim, pastaj me syze (nëse përdoren) dhe në fund me lente kontakti, nëse përdoren. Regjistroni aftësinë vizuale në kutizat e përshtatshme si aftësi për të lexuar N5 në 30-50 cm (PO/JO).

Shënim: Lentet e kontaktit bifokale dhe lentet e kontaktit që korrigjojnë vetëm shikimin nga afër nuk janë të pranueshme.

**(232) SYZET** –Shënoni tek kutia e duhur nëse syzet vihen ose jo nga aplikanti. Nëse përdoren deklaroni nëse janë unifokale, bifokale, varifokale ose sdallohen.

**(233) LENTET E KONTAKTIT-** Shënoni tek kutiza e duhur nëse lentet e kontaktit vihen apo jo. Nëse vihen deklaroni tipin nga lista e mëposhtme; të forta, të buta, lente kontakti të forta apo të përbëra nga polimere të përshkrueshme nga oksigjeni/gazi apo njëpërdorimshe.

**(313) PERCEPTIMI I NGJYRËS-** Shënoni tek kutiza e duhur nëse perceptimi i ngjyrës është normal ose jo. Nëse nuk është normal deklaroni numrin e pllakëve/piastrave të 15 pllakave të para pseudo-izokromatike (Ishihara 24 pllaka) që nuk janë lexuar saktë.

**(234) DËGJIMI-**Shënoni tek kutiza e duhur për të treguar nivelin e dëgjueshmërisë siç testohet më vete/veçmas për secilin vesh në afërsi prej 2 m.

**(235) URINALIZA-** Deklaroni nëse rezultati i urinalizës është normal ose jo duke shënuar tek kutia përkatëse (e duhur). Nëse nuk ka përbërës jonormal deklaroni NIL në çdo kutizë përkatëse .

**(236) FUNKSIONI PULMONAR**–Nëse kërkohet ose sipas treguesit ,deklaroni vlerën e gjendjes aktuale FEV<sub>1</sub>/FVC të arritur në % dhe deklaroni nëse është normale apo jo duke iu referuar gjatësisë, moshës, gjinisë dhe racës.

**(237) HEMOGLOBINA-**Shënoni rezultatin e testit aktual të hemoglobinës dhe deklaroni njësitë e përdorura. Më pas deklaroni nëse është vlerë normale ose jo duke shkruar tek kutiza përkatëse.

**(238)-(320) RAPORTE SHOQËRUESE** – Plotësoni kutinë përkundrejt secilit seksion, Nëse testi nuk është kërkuar dhe nuk është kryer, atëherë shënoni tek kutiza I PA KRYER. Nëse testi është kryer (nëse kërkohet ose sipas rekomandimit/treguesit) plotësoni në kutizën përkatëse normale ose jo normale. Në rastin e pyetjes 246, duhet të deklarohet numri i raporteve shoqëruese.



**(247) REKOMANDIME TË EKZAMINUESVE MJEKËSOR-**Shkruani këtu emrin dhe datëlindjen e aplikantit në gërma të mëdha të shtypit dhe më pas shënoni kutizën përkatëse me klasën e aplikuar të Çertifikatës Mjekësore. Nëse rekomandohet një vlerësim i përshtatshëm, ju lutem tregoni nëse një Çertifikatë Mjekësore ka qënë lëshuar ose jo .Një aplikant mund të vlerësohet/rekomandohet si i përshtatshëm për Klasën 2 por gjithashtu të shtyhet për një kohë tjetër apo të rekomandohet si i papërshtatshëm për Klasën I.

Nëse është bërë një rekomandim si i papërshtatshëm, vendosni referencat e paragrafëve të aplikueshëm të Pjesës MED. Nëse një aplikant i është shtyrë afati për një vlerësim të mëtejshëm, tregoni arsyen dhe doktorin tek i cili aplikanti referohet.

**(248) KOMENTE, KUFIZIME, ETJ.** – Shkruani këtu gjetjet tuaja dhe vlerësimin e ndonjë anomalie në historik ose ekzaminim. Përcaktoni gjithashtu çdo kufizim të kërkuar.

**(249) DETAJE TË EKZAMINUESVE MJEKËSOR-** Në këtë kuti AME duhet të firmosë deklarinimin, të shkruajë emrin dhe adresën e tij me shkronja të mëdha të shtypit, kontaktin e numrit të telefonit (faksin nëse është i disponueshëm) dhe në fund të vulosë në kutizën përkatëse me vulën e tij AME që mban edhe nr e tij si AME.

**(250) VENDI DHE DATA-** Shkruani vendin (qytetin apo fshatin) dhe datën e ekzaminimit .Data e ekzaminimit është data e ekzaminimit të përgjithshëm dhe jo data e finalizimit të formularit . Nëse raporti i ekzaminimit mjekësor është finalizuar në një datë të ndryshme, shkruani datën e finalizimit në Seksionin (248) si “Raport i finalizuar në ...”

	<p><b>AAC/ACAA</b></p> <p><b>RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR</b></p> <p><b>MEDICAL EXAMINATION REPORT</b></p>	 <p>AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL</p>
---	---	--

Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

O3-3.FMU/PT.001.FRM.004

### AME INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE MEDICAL EXAMINATION REPORT FORM

All questions (boxes) on the Medical Examination Report Form must be completed in full. If an Otorhinolaryngology Examination Report Form is attached, then Questions 209, 210, 211, and 234 may be omitted. If an Ophthalmology Examination Report Form is attached then Questions 212, 213, 214, 229, 230, 231, 232, and 233 may be omitted.

Writing must be in BLOCK CAPITALS using a ball-point pen and be legible. Exert sufficient pressure to make legible copies. Completion of this form by typing/printing is both acceptable and preferable. If more space is required to answer any question, write on a plain sheet of paper the applicant's name, the information, your signature and the date signed. The following instructions apply to the same numbered headings on the Medical Examination Report Form.

NOTICE – Failure to complete the medical examination report form in full as required or to write legibly may result in non-acceptance of the application in total and may lead to withdrawal of any medical certificate issued. The making of False or Misleading statements or the withholding of relevant information by an AME may result in criminal prosecution, denial of an application or withdrawal of any medical certificate granted.

**(201) EXAMINATION CATEGORY** – Tick appropriate box.

Initial – Initial examination for either Class 1 or 2; also initial exam.for upgrading from Class 2 to 1 (notate 'upgrading' in Section 248).

Renewal / Revalidation – Subsequent ROUTINE examinations.

Extended Renewal / Revalidation – Subsequent ROUTINE examinations which include comprehensive Ophthalmological and ORL examinations.

**(202) HEIGHT** – Measure height without shoes in centimetres to nearest cm.

**(203) WEIGHT** – Measure weight in indoor clothes in kilograms to nearest kg.

**(204) EYE COLOUR** – State colour of applicants eyes from the following list: brown, blue, green, hazel, grey, multi.

**(205) HAIR COLOUR** – State colour of applicants hair from the following list: brown, black, red, fair, bald.

**(206) BLOOD PRESSURE** – Blood Pressure readings should be recorded as Phase 1 for Systolic pressure and Phase 5 for Diastolic pressure. The applicant should be seated and rested. Recordings in mm Hg.



**(207) PULSE (RESTING)** – The pulse rate should be recorded in beats per minute and the rhythm should be recorded as regular or irregular. Further comments if necessary may be written in Section 228, 248 or separately.

**SECTION (208) – (227)** inclusive constitute the general clinical examination and each of the sections must be checked as Normal or Abnormal.

**(208) HEAD, FACE, NECK, SCALP** – To include appearance, range of neck and facial movements, symmetry, etc.

**(209) MOUTH, THROAT, TEETH** – To include appearance of buccal cavity, palate motility, tonsillar area, pharynx and also gums, teeth and tongue.

**210 NOSE, SINUSES** – To include appearance and any evidence of nasal obstruction or sinus tenderness on palpation.

	<p><b>AAC/ACAA</b></p> <p><b>RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR</b></p> <p><b>MEDICAL EXAMINATION REPORT</b></p>	 <p>AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL</p>
---	---	--

Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

O3-3.FMU/PT.001.FRM.004

**(211) EARS, DRUMS, EARDRUM MOTILITY** – To include otoscopy of external ear, canal, tympanic membrane. Eardrum motility by valsalva manoeuvre or by pneumatic otoscopy.

**(212) EYES – ORBIT AND ADNEXA, VISUAL FIELDS** – To include appearance, position and movement of eyes and their surrounding structures in general, including eyelids and conjunctiva. Visual fields check by campimetry, perimetry or confrontation.

**(213) EYES – PUPILS AND OPTIC FUNDI** – To include appearance, size, reflexes, red reflex and fundoscopy. Special note of corneal scars.

**(214) EYES – OCULAR MOTILITY, NYSTAGMUS** – To include range of movement of eyes in all directions; symmetry of movement of both eyes; ocular muscle balance; convergence; accommodation; signs of nystagmus.

**(215) LUNGS, CHEST, BREAST** – To include inspection of chest for deformities, operation scars, abnormality of respiratory movement, auscultation of breath sounds. Physical examination of female applicants breasts should only be performed with informed consent.

**(216) HEART** – To include apical heart beat, position, auscultation for murmurs, carotid bruits, palpation for trills.

**(217) VASCULAR SYSTEM** – To include examination for varicose veins, character and feel of pulse, peripheral pulses, evidence of peripheral circulatory disease.

**(218) ABDOMEN, HERNIA, LIVER, SPLEEN** – To include inspection of abdomen; palpation of internal organs; check for inguinal hernias in particular.

**(219) ANUS, RECTUM** – Examination only with informed consent.

**(220) GENITO-URINARY SYSTEM** – To include renal palpation; inspection palpation male/female reproductive organs only with informed consent.

**(221) ENDOCRINE SYSTEM** – To include inspection, palpation for evidence of hormonal abnormalities/imbalance; thyroid gland.

**(222) UPPER AND LOWER LIMBS, JOINTS** – To include full range of movements of joints and limbs, any deformities, weakness or loss. Evidence of arthritis.

**(223) SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL** – To include range of movements, abnormalities of joints.

**(224) NEUROLOGIC – REFLEXES ETC.** To include reflexes, sensation, power, vestibular system – balance, Romberg test, etc.

**(225) PSYCHIATRIC** – To include appearance, appropriate mood/thought, unusual behaviour.

**(226) SKIN, LYMPHATICS, IDENTIFYING MARKS** – To include inspection of skin; inspection, palpation for lymphadenopathy, etc. Briefly describe scars, tattoos, birthmarks, etc. which could be used for identification purposes.



**(227) GENERAL SYSTEMIC** – All other areas, systems and nutritional status.

**(228) NOTES** – Any notes, comments or abnormalities to be described – extra notes if required on paper, signed and dated.

**(229) DISTANT VISION AT 5/6 METRES** – Each eye to be examined separately and then both together. First without correction, then with spectacles (if used) and lastly with contact lenses, if used. Record visual acuity in appropriate boxes. Visual acuity to be tested at either 5 or 6 metres with the appropriate chart for the distance.

**(230) INTERMEDIATE VISION AT 1 METRE** – Each eye to be examined separately and then both together.

First without correction, then with spectacles if used and lastly with contact lenses if used. Record visual acuity in appropriate boxes as ability to read N14 at 100 cm (Yes/No).

	<p><b>AAC/ACAA</b></p> <p><b>RAPORT I EKZAMINIMIT MJEKËSOR</b></p> <p><b>MEDICAL EXAMINATION REPORT</b></p>	 <p>AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL</p>
---	---	--

Forma e RSH-së sipas EASA- MED -161

O3-3.FMU/PT.001.FRM.004

**(231) NEAR VISION AT 30–50 CMS.** – Each eye to be examined separately and then both together. First without correction, then with spectacles if used and lastly with contact lenses, if used. Record visual acuity in appropriate boxes as ability to read N5 at 30–50 cm (Yes/No).

Note: Bifocal contact lenses and contact lenses correcting for near vision only are not acceptable.

**(232) SPECTACLES** – Tick appropriate box signifying if spectacles are or are not worn by applicant. If used, state whether unifocal, bifocal, varifocal or look-over.

**(233) CONTACT LENSES** – Tick appropriate box signifying if contact lenses are or are not worn. If worn, state type from the following list; hard, soft, gas-permeable or disposable.

**(313) COLOUR PERCEPTION** - Tick appropriate box signifying if colour perception is normal or not. If abnormal state number of plates of the first 15 of the pseudo-isochromatic plates (Ishihara 24 plates) have not been read correct.

**(234) HEARING** – Tick appropriate box to indicate hearing level ability as tested separately in each ear at 2 m.

**(235) URINALYSIS** – State whether result of urinalysis is normal or not by ticking appropriate box. If no abnormal constituents, state NIL in each appropriate box.

**(236) FEV1/FVC** – When required or on indication, state actual value obtained in % and state if normal or not with reference to height, age, sex and race.

**(237) HAEMOGLOBIN** – Enter actual haemoglobin test result and state units used. Then state whether normal value or not by ticking appropriate box.

**(238)–(320) ACCOMPANYING REPORTS** – One box opposite each of these sections must be ticked. If the test is not required and has not been performed, then tick the NOT PERFORMED box. If the test has been performed (whether required or on indication) complete the normal or abnormal box as appropriate. In the case of question 246, the number of other accompanying reports must be stated.

**(247) MEDICAL EXAMINER’S RECOMMENDATION** – Enter name of applicant in Block Capitals and then tick appropriate box with applicable class of Medical Certificate. If a fit assessment is recommended, please indicate whether a Medical Certificate has been issued or not. An applicant may be recommended as Fit for Class 2 but also deferred or recommended as Unfit for Class I. If an Unfit recommendation is made, applicable Regulation ParaNo(s) must be entered. If an applicant is deferred for further evaluation, indicate the reason and the doctor to whom applicant referred.

**(248) COMMENTS, RESTRICTIONS, LIMITATIONS, ETC.** – Enter here your findings and assessment of any abnormality in the history or examination. State also any limitation required.

**(249) MEDICAL EXAMINERS DETAILS** – In this section the AME must sign the declaration, complete his name and address in block capitals, contact telephone number (and fax if available) and lastly stamp the relevant box with his designated AME stamp incorporating his AME number.

**(250) PLACE AND DATE** – Enter the place (town or city) and the date of examination. The date of examination is the date of the general examination and not the date of finalisation of form. If the medical examination report is finalised on a different date, enter date of finalisation in Section 248 as ‘Report finalised on .....’.