



# AAC/ACAA

## RAPORT I EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK

### OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT



**FORMA E RSH-së sipas EASA form MED 162**

**O3-3.FMU/PT.001.FRM.006**

### RAPORTI I EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK

#### OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS - REFER TO INSTRUCTIONS PAGES FOR DETAILS  
PLOTËSONI KËTË FLETË TËRËSISHT DHE ME SHKRONJAT TË MËDHA TË SHTYPIT-REFEROJUNI FLETËVE INSTRUKTIVE PËR DETAJE

**Medical in Confidence/ Mjekësore në konfidencë**

(1) State of licence issue:		(2) Class of medical certificate applied for: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(3) Surname:		(4) Previous surname(s):		(12) Application: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renewal/Revalidation
(5) Forenames:		(6) Date of birth:	(7) Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	(13) System reference number:
(8) Place and country of birth:		(9) Nationality:		(14) Type of licence applied for:
<p>(301) <b>Consent to release of medical information:</b> I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the Aeromedical Examiner, the Authority and where necessary the Aeromedical Section of another State, recognising that these documents or any other electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the Authority, providing that I or my physician may have access to them according to the national law. Medical Confidentiality will be respected at all times.</p> <p>Date: _____ Signature of the applicant: _____ Signature of the medical examiner (witness): _____</p>				

(302) Examination Category: Initial <input type="checkbox"/> Renewal/Reval <input type="checkbox"/> Extended <input type="checkbox"/> Special referral <input type="checkbox"/>	(303) Ophthalmological history:	Current spectacles	SPH	CYL	AXIS	VA
		Right eye				
		Left eye				

Clinical examination:		Normal	Abnormal
(304) Eyes, external & eyelids		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Eyes, Exterior (slit lamp, ophth.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Eye position and movements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Visual fields (confrontation)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupillary reflexes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fundi (Ophthalmoscopy)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Visual acuity:

(314) Distant vision (at 5m/6m)

		Corrected to	Spectacles	Contact lenses
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(315) Intermediate vision (at 1 m)

		Corrected to	Spectacles	Contact lenses
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(316)

(316) Near vision (at 30-50 cm)

		Corrected to	Spectacles	Contact lenses
Right eye				
Left eye				
Both eyes				

(317) Refraction

	Sph	Cylinder	Axis	Near (add)
Right eye				
Left eye				

Actual refraction examined  Spectacles prescription based

(318) Spectacles  Yes  No  
Type: \_\_\_\_\_

(319) Contact lenses  Yes  No  
Type: \_\_\_\_\_

(320) Intra-ocular pressure

Right	mmHg	Right(mmHg)
Method: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		

(312) Ocular muscle balance (in prisme dioptrés)

Distant at 5/6 meters	Near at 30-50 cm
Ortho-	Ortho-
Eso-	Eso-
Exo-	Exo-
Hyper-	Hyper-
Cyclo-	Cyclo-
Tropia <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Phoria <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Fusional reserve testing <input type="checkbox"/> Not performed <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	

(313) Colour perception

Pseudo-Isochromatic plates Type: **Ishihara (24 plates)**  
No of plates: **15** No of errors: \_\_\_\_\_

Advanced colour perception testing indicated  Yes  No  
Method: \_\_\_\_\_  
Colour SAFE  Colour UNSAFE  mmHg \_\_\_\_\_



**AAC/ACAA**  
**RAPORT I EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK**  
**OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT**



AUTORITETI I AVIACIONIT CIVIL

**FORMA E RSH-së sipas EASA form MED 162**

**O3-3.FMU/PT.001.FRM.006**

(321) Ophthalmological remarks and recommendation:

(322) Examiner's 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.

(323) Place and date:	Examiner's Name and Address: (Block Capitals)	AME or Specialist No:
Authorized Medical Examiner's Signature:		



**AAC/ACAA**  
**RAPORT I EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK**  
**OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT**



**FORMA E RSH-së sipas EASA form MED 162**

**O3-3.FMU/PT.001.FRM.006**

**INSTRUKSIONE PËR PLOTËSIMIN E FORMËS SË RAPORTIT TË EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK.**

**INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT FORM.**

Shkrimi duhet të jetë me shkronja të mëdha të shtypit dhe i shkruar me bojë që lexohet lehtësisht. Plotësimi i kësaj forme nëpërmjet të shkruarit apo të shkruarit në kompjuter është në të dy mënyrat e pranueshme dhe e preferueshme. Nëse kërkohet më shumë hapësirë për t'iu përgjigjur ndonjë pyetjeje, përdorni një fletë të thjeshtë letre që përmban emrin e aplikantit, informacionin, nënshkrimin tuaj dhe datën e nënshkruar. Udhëzimet e mëposhtme me numra vlejné për titujt e numëruar në Formularin e Raportit të Ekzaminimit Mjekësor.

**SHËNIME** – Shënoni në kutinë përkatëse. Dështimi për të plotësuar tërësisht formën e raportit të ekzaminimit mjekësor siç kërkohet ose mosshkrimi i qartë mund të rezultojë në papranueshmëri të aplikimit në total dhe mund të çojë në tërheqjen/revokimin e ndonjë certifikate mjekësore të lëshuar. Bërja e deklaratave false ose të gabuara ose mosdhënia e informacioneve të caktuara mund të çojë në ndjekje penale, mohim të një aplikimi ose tërheqje të certifikatës mjekësore të dhënë.

**TË PËRGJITHSHME** – Specialisti Oftalmolog AME gjatë ekzaminimeve duhet të identifikojë aplikantin. Aplikantit duhet t'i kërkohet që të plotësojë seksionet 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 dhe 13 tek forma, pastaj të firmosë dhe vendosë datën e pëlqimit për dhënien e informacionit (Seksioni 301) me kundërfirmë të ekzaminuesit si dëshmitar.

**(302) KATEGORIA E EKZAMINIMIT**– Shënoni kutinë përkatëse.

Fillestar – Ekzaminime fillestare për të dy Klasat 1 dhe 2; gjithashtu ekzaminime fillestare për përmirësim nga Klasa 2 në klasën 1 (shënoni 'përmirësim' në Seksionin 303).

Rivalidim/Rinjohje (Rinovim) – Ekzaminime të vazhdueshme Oftalmologjike gjithëpërfshirëse (për shkak të gabimit refraktiv).

Rinjohje e zgjatur /Rivalidim të ekzaminimeve të vazhdueshme RUTINË të cilët përfshijnë ekzaminimet e përgjithshme oftalmologjike.

Referime specifike – Ekzaminime JO Rutinë për vlerësimin e simptomave oftalmologjike të gjetura.

**(303) HISTORIKU OFTALMOLOGJIK** – Detajoni këtu çdo historik ose shënoni arsye të veçanta për t'u referuar.

**EKZAMINIMI KLINIK – Seksioni (304)-(309) përfshirë** – Këto seksione së bashku mbulojnë ekzaminimet klinike të përgjithshme dhe çdo seksion duhet të plotësohet si Normal ose jo Normal. Shënoni çdo gjetje jo normale ose komentoni mbi gjetjet në Seksionin (321).

**(310) KONVERGJENCA** – Shënoni pikën më të afërt të konvergencës në cm siç është matur duke përdorur rregullin e pikës më të afërt RAF. Ju lutemi të shënoni në kuti gjithashtu nëse është Normale apo Jo-normale si dhe shënoni gjetjet jonormale dhe komentet për to në Seksionin (321).

**(311) SISTEMIMI/RREGULLIMI DIOPTRIK** – Shënoni të dhënat e matjes së regjistruar në Dioptri duke përdorur rregullin e pikës më të afërt RAF ose ekuivalentin. Ju lutemi të shënoni në kuti gjithashtu nëse është Normale apo Jonormale si dhe shënoni gjetjet jonormale dhe komentet për to në Seksionin (321).

**(312) BALANCA E MUSKUJVE OKULAR** – Balanca e muskujve okular testohet në një distancë prej 5 apo 6 m dhe për afër në 30-50 cm dhe rezultatet regjistrohen. Prezenca e tropisë ose forisë duhet të shënohet në përputhje me rrethanat si dhe të shënohet nëse testimi i rezervës fusionale NUK është kryer dhe nëse është kryer a rezulton normal apo jo.



**AAC/ACAA**  
**RAPORT I EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK**  
**OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT**



**FORMA E RSH-së sipas EASA form MED 162**

**O3-3.FMU/PT.001.FRM.006**

**(313) PERCEPTIMI I NGJYRËS**–Shkruani tipin pseudo-isokromatik të pjatave (ISHIHARA) po ashtu dhe numrin e pjatave të prezantuara me numrin e gabimeve të bëra nga i ekzaminuari. Deklaroni nëse është treguar/specifikuar testi i avancuar i perceptimit të ngjyrave dhe çfarë metode është përdorur (Testi Falant ose Anomaloskopia) dhe në fund nëse gjykohet se është i sigurtë me spektrin e ngjyrave ose jo i sigurtë. Testimi i avancuar i perceptimit të ngjyrave zakonisht kërkohet vetëm për vlerësimin fillestar, përveç nëse shfaqen ndryshime në perceptimin e ngjyrave të aplikantit.

**(314)–(316) TESTI I MPREHTËSISË TË TË PARIT në 5/6 ms, 1 m dhe 30–50 cm.** – Regjistroni në kutizën përkatëse aftësinë/mprehtësin vizive të fituar. Nëse korrektimi nuk kërkohet, vendosni vizën përmes kutive të shikimit të korrektuar. Mprehtësia e shikueshmërisë nga larg të testohet në 5 ose 6 m me kartat e përshtashme për këtë distancë.

**(317) REFRAKSIONI** – Regjistroni rezultatet e refraksionit. Tregoni gjithashtu nëse për aplikantët e Klasës 2 detajet e refraksionit janë të bazuara në përshkrimin e syzeve.

**(318) SYZET** – Shënoni kutizën përkatëse nëse syzet përdoren ose jo nga aplikanti. Nëse përdoren deklaroni nëse janë unifokale, bifokale, varifokale ose me shikim të gjithanshëm.

**(319) LENTET E KONTAKTIT**– Shënoni kutizën e përshtatshme për të treguar nëse lentet e kontaktit janë vënë ose jo. Nëse janë vënë, përcaktoni tipin nga lista në vijim: lente kontakti të forta, të buta, të përshtatshme nga gazi, njëpërdorimshme.

**(320) PRESIONI INTRA-OKULAR** – Shënoni Presionin Intera-Okular të regjistruar për syrin e majtë dhe syrin e djathtë dhe përcaktoni nëse është normal ose jo. Gjithashtu evidentoni edhe metodën e përdorur: me rrafshim/sheshim, me ajër, etj.

**(321) SHËNIME DHE REKOMANDIME OFTALMOLOGJIKE** – Vendosni këtu të gjitha shënimet/vërejtjet, gjetjet jo normale dhe rezultatet e vlerësimit. Gjithashtu shënoni çdo kufizim të mundshëm të rekomanduar. Nëse ka ndonjë dyshim mbi gjetjet apo rekomandimet ekzaminuesi mund të kontaktojë AMS për këshillë përpara se të finalizojë formën e raportit.

**(322) DETAJE TË EKZAMINUESIT OFTALMOLOGJIK** – Në këtë seksion Ekzaminuesi Oftalmologjik duhet të firmosë deklaratën, vendosë emrin dhe adresën me shkronja të mëdha të shtypit, numrin e kontaktit të telefonit (dhe numrin e fax-it nëse ka) dhe në fund duhet të vulosë raportin me vulën tij të caktuar që mbart numrin si specialist AME.

**(323) VENDI DHE DATA** – Shënoni vendin (qytetin) dhe datën e ekzaminimit. Data e ekzaminimit është data e ekzaminimit klinik dhe jo data e finalizimit të formularit. Nëse raporti i ekzaminimit oftalmologjik është finalizuar në një datë tjetër, shënoni datën e finalizimit në Seksionin (321) si ' Raport i finalizuar në '.



**AAC/ACAA**  
**RAPORT I EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK**  
**OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT**



**FORMA E RSH-së sipas EASA form MED 162**

**O3-3.FMU/PT.001.FRM.006**

**INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT FORM**

Writing must be in Block Capitals using a ball-point pen and be legible. Completion of this form by typing or printing is both acceptable and preferable. If more space is required to answer any question, use a plain sheet of paper bearing the applicant's name, the information, your signature and the date signed. The following numbered instructions apply to the 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 authorised examiner may result in criminal prosecution, denial of an application or withdrawal of any medical certificate granted.

**GENERAL** – The AME or Ophthalmology specialist performing the examination should verify the identity of the applicant. The applicant should then be requested to complete the sections 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 and 13 on the form and then sign and date the consent to release of medical information (Section 301) with the examiner countersigning as witness.

**(302) 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 303).

*Revalidation/Renewal* – Subsequent comprehensive Ophthalmological examinations (due to refractive error).

*Extended Renewal/Revalidation* – Subsequent ROUTINE examinations which include comprehensive Ophthalmological examination.

*Special Referral* – NON Routine examination for assessment of an ophthalmological symptom or finding.

**(303) OPHTHALMOLOGY HISTORY** – Detail here any history of note or reasons for special referral.

**CLINICAL EXAMINATION – SECTIONS (304)-(309) INCLUSIVE** – These sections together cover the general clinical examination and each of the sections must be checked as Normal or Abnormal. Enter any abnormal findings or comments on findings in Section (321).

**(310) CONVERGENCE** – Enter near point of convergence in cms. as measured using RAF Near Point Rule or equivalent. Please also tick whether Normal or Abnormal and enter abnormal findings and comments in Section (321).

**(311) ACCOMMODATION** – Enter measurement recorded in Dioptres using RAF Near Point Rule or equivalent. Please also tick whether Normal or Abnormal and enter abnormal findings and comments in Section (321).

**(312) OCULAR MUSCLE BALANCE** – Ocular Muscle Balance is tested at Distant 5 or 6 ms and Near at 30-50 cms and results recorded. Presence of Tropia or Phoria must be entered accordingly and also whether Fusional Reserve Testing was NOT performed and if performed whether normal or not.

**(313) COLOUR PERCEPTION** – Enter type of Pseudo-Isochromatic Plates (Ishihara) as well as number of plates presented with number of errors made by examinee. State whether Advanced Colour Perception Testing is indicated and what methods used (which Colour Lantern or Anomaloscopy) and finally whether judged to be Colour Safe or Unsafe. Advanced Colour Perception Testing is usually only required for initial assessment unless indicated by change in applicant's colour perception.



**AAC/ACAA**  
**RAPORT I EKZAMINIMIT OFTALMOLOGJIK**  
**OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT**



**FORMA E RSH-së sipas EASA form MED 162**

**O3-3.FMU/PT.001.FRM.006**

**(314)–(316) VISUAL ACUITY TESTING AT 5/6 ms, 1 m and 30–50 cms.** – Record actual visual acuity obtained in appropriate boxes. If correction not worn nor required, put line through corrected vision boxes. Distant visual acuity to be tested at either 5 or 6 metres with the appropriate chart for that distance.

**(317) REFRACTION** – Record results of refraction. Indicate also whether for Class 2 applicants, refraction details are based upon spectacle prescription.

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

**(319) 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, disposable.

**(320) INTRA-OCULAR PRESSURE** – Enter Intra-Ocular Pressure recorded for right and left eyes and indicate whether normal or not. Also indicate method used – applanation, air etc.

**(321) OPTHALMOLOGY REMARKS AND RECOMMENDATIONS** – Enter here all remarks, abnormal findings and assessment results. Also enter any limitations recommended. If there is any doubt about findings or recommendations the examiner may contact the AMS for advice before finalising the report form.

**(322) OPTHALMOLOGY EXAMINERS DETAILS** – In this section the Ophthalmology examiner must sign the declaration, complete his name and address in block capitals, contact telephone number (and fax if available) and lastly stamp the report with his designated stamp incorporating his AME or specialist number.

**(323) PLACE AND DATE** – Enter the place (town or city) and the date of examination. The date of examination is the date of the clinical examination and not the date of finalisation of form. If the Ophthalmology examination report is finalised on a different date, enter date of finalisation on Section (321) as 'Report finalised on '.