

בדיקה רפואית לעובד טיס

ימולא, בעט בצבע שחור או כחול, ע"י רופא/ה מורשה בודק/ת
יש לסמן X בתיבות הסימון

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות										
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
שם משפחה בלועזית		שם פרטי בלועזית										
סוג בדיקה												
☐ ראשונית ☐ תקופתית ☐ אחרי תאונה אווירית ☐ אחרי תאונה ☐ אחרי אירוע רפואי ☐ מעקב ☐ אחר												

1. נתונים משלימים לתולדות רפואיים

_____ _____ _____

2. מדידות

גובה	משקל	לחץ דם (זרוע L בישיבה)	דופק (במנוחה)
_____ מ'	_____ ק"ג	_____ / _____	_____ / לדקה

3. בדיקת ראייה**1. חדות ראייה**

ראייה מרחוק	ראייה מקרוב 50-30 ס"מ	ראייה מקרוב 100 ס"מ
עין ימין _____ עם תיקון _____ / 6	_____ עם תיקון _____ / 6	_____ עם תיקון _____ / 6
עין שמאל _____ עם תיקון _____ / 6	_____ עם תיקון _____ / 6	_____ עם תיקון _____ / 6
שתי עיניים _____ עם תיקון _____ / 6	_____ עם תיקון _____ / 6	_____ עם תיקון _____ / 6
2. ראיית צבעים ☐ תקינה ☐ לא תקינה		
3. שדות ראייה ☐ תקינים ☐ לא תקינים		

4. בדיקת שמיעה	
1. שמיעת קול-דיבור רגיל ממרחק 2 מ' ☐ תקינה ☐ לא תקינה	
2. אודיומטריה	
טון טהור	
אוזן שמאל	אוזן ימין
8000 4000 3000 2000 1000 500 250	8000 4000 3000 2000 1000 500 250
☐ תקינה ☐ לא תקינה	☐ תקינה ☐ לא תקינה
סף שמיעת דיבור - SRT אוזן ימין: _____ ד"ב אוזן שמאל: _____ ד"ב	
הבחנת דיבור - DISCR אוזן ימין: _____ % אוזן שמאל: _____ % ☐ תקינה ☐ לא תקינה	

5. בדיקות עזר שגרתיות	
1. בדיקת שתן כללית ☐ תקינה ☐ לא תקינה	2. ס.ד.ם כללית ☐ תקינה ☐ לא תקינה
3. א.ק.ג. במנוחה ☐ תקין ☐ לא תקין	4. צילום חזה ☐ תקין ☐ לא תקין
(כשהתשובה "לא תקין/ה" – פרט הממצאים)	

6. בדיקות אחרות

7. בדיקה גופנית (תארי' בפרוט כל המסומן "לא תקין" בציון מס' הסעיף המתאים; אם חסר מקום לכתיבה – צרף/י גיליון נוסף).

1. ראש, פנים, צוואר, קרקפת	תקין ☐ לא תקין ☐	
2. אף	תקין ☐ לא תקין ☐	
3. פה וגרון	תקין ☐ לא תקין ☐	
4. אוזניים כללי	תקין ☐ לא תקין ☐	
5. עור תוף	תקין ☐ לא תקין ☐	
6. עיניים כללי (אישונים/תנועות)	תקין ☐ לא תקין ☐	
7. אופתלמוסקופיה	תקין ☐ לא תקין ☐	
8. ריאות וחזה (ללא בדיקת שד לנבדקת)	תקין ☐ לא תקין ☐	
9. לב	תקין ☐ לא תקין ☐	
10. מערכת כלי-דם (דופקי גפיים)	תקין ☐ לא תקין ☐	
11. בטן (כולל בקע)	תקין ☐ לא תקין ☐	
12. פי-טבעת (ללא בדיקה במישוש)	תקין ☐ לא תקין ☐	
13. עור	תקין ☐ לא תקין ☐	
14. דרכי שתן (ללא בדיקת אגן)	תקין ☐ לא תקין ☐	
15. גפיים	תקין ☐ לא תקין ☐	
16. עמוד שדרה ושרירים	תקין ☐ לא תקין ☐	
17. קשרי לימפה	תקין ☐ לא תקין ☐	
18. מערכת עצבים	תקין ☐ לא תקין ☐	
19. נפש	תקין ☐ לא תקין ☐	
20. אחרים	תקין ☐ לא תקין ☐	

8. הערכת הבודק/ת את נתוני התולדות וממצאי הבדיקה

(יש להתייחס לכל תשובת "כן" בתשובות הנבדק/ת ולכל נתון חריג או ציון "לא תקין" בבדיקה הרפואית)

1. נתונים משמעותיים לטיס בתולדות ?

יש ☐ אין ☐

2. ממצאים חריגים בבדיקה גופנית ?

יש ☐ אין ☐

9. התאמה לתעודה רפואית לעובד טיס		
מתאים/ה לתעודה רפואית לעובד טיס סוג		
☐ I	☐ II	☐ III
מתאים/ה עם ויתור לתעודה רפואית לעובד טיס סוג		
☐ I	☐ II	☐ III
לא מתאים/ה לתעודה רפואית לעובד טיס סוג		
☐ I	☐ II	☐ III
לא מתאים לפי הסעיפים _____ לתוספת הראשונה לתקנה 61 לתקנות הטיס.		
1. תעודה רפואית סוג ____ הונפקה. 2. תעודה רפואית לא הונפקה (ציין/י סיבה) _____		

10. הצהרת הרופא הבודק
הנני מצהיר/ה בזאת שבדקתי, אישית, את מבקש/ת התעודה הרפואית לעובד טיס הנ"ל והפרטים המצוינים בטופס זה הם הנתונים הנכונים והמלאים של בדיקת/ה הרפואית. תאריך ____/____/____ חתימת הבודק/ת _____