

PELF 1.3.070B	 <small>רשות התעופה האזרחית Civil Aviation Authority</small>	PEL Handbook
Report of Medical Examination		Revision 1
		01 MAR 10

### בדיקה רפואית לעובד טיס

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

<b>מס' תעודת זהות</b>	<b>שם פרטי</b>	<b>שם משפחה</b>																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																						
<b>שם פרטי בלועזית</b>					<b>שם משפחה בלועזית</b>																	
<b>סוג בדיקה</b>																						
<input type="checkbox"/> ראשונית <input type="checkbox"/> תקופתית <input type="checkbox"/> אחרי תאונה אווירית <input type="checkbox"/> אחרי תאונה <input type="checkbox"/> אחרי אירוע רפואי <input type="checkbox"/> מעקב <input type="checkbox"/> אחר																						

#### 1. נתונים משלימים לתולדות רפואיים


#### 2. מדידות

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

#### 3. בדיקת ראייה

##### 1. חדות ראייה

ראייה מקרוב 100 ס"מ	ראייה מקרוב 30-50 ס"מ	ראייה מרחוק
6/ ____ עם תיקון    6/ ____	6/ ____ עם תיקון    6/ ____	6/ ____ עם תיקון    6/ ____ עין ימין
6/ ____ עם תיקון    6/ ____	6/ ____ עם תיקון    6/ ____	6/ ____ עם תיקון    6/ ____ עין שמאל
6/ ____ עם תיקון    6/ ____	6/ ____ עם תיקון    6/ ____	6/ ____ עם תיקון    6/ ____ שתי עיניים
<input type="checkbox"/> <u>2. ראיית צבעים</u> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה		
<input type="checkbox"/> <u>3. שדות ראייה</u> תקינים <input type="checkbox"/> לא תקינים		

		<b>4 . בדיקת שמיעה</b>	
<input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה		<b>1 . שמיעת קול-דיבור רגיל ממרחק 2 מ'</b>	
<b>2 . אודיומטריה</b>			
<b>טון טהור</b>			
	<b>אוזן שמאל</b>	<b>אוזן ימין</b>	
	8000 4000 3000 2000 1000 500 250	8000 4000 3000 2000 1000 500 250	
<input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה	_____	_____	
אוזן שמאל: ד"ב _____		אוזן ימין: ד"ב _____	
		<b>SRT - סף שמיעת דיבור</b>	
אוזן שמאל: % _____		אוזן ימין: % _____	
		<b>DISCR – הבחנת דיבור</b>	
<input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה			

		<b>5 . בדיקות עזר שגרתיות</b>	
<input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה <b>2. ס.דם כללית</b>		<input type="checkbox"/> תקינה <input type="checkbox"/> לא תקינה <b>1. בדיקת שתן כללית</b>	
<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <b>4. צילום חזה</b>		<input type="checkbox"/> תקין <input type="checkbox"/> לא תקין <b>3. א.ק.ג. במנוחה</b>	
(כשהתשובה "לא תקין/ה" – פרט הממצאים)			
_____ _____ _____			

		<b>6 . בדיקות אחרות</b>	
_____ _____ _____			


**7 . בדיקה גופנית (תארי/ בפרוט כל המסומן "לא תקין" בציון**

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

**8 . הערכת הבודקת/ את נתוני התולדות**

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

---



---



---



---



---



---



---

1. נתונים משמעותיים לטיס בתולדות ?  יש  אין

2. ממצאים חריגים בבדיקה גופנית ?  יש  אין

<b>9. התאמה לתעודה רפואית לעובד טיס</b>
<b>מתאים/ה לתעודה רפואית לעובד טיס סוג</b>
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
<b>מתאים/ה עם ויתור לתעודה רפואית לעובד טיס סוג</b>
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
<b>לא מתאים/ה לתעודה רפואית לעובד טיס סוג</b>
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
לא מתאים לפי הסעיפים _____ לתוספת הראשונה לתקנה 61 לתקנות הטיס.
1. תעודה רפואית סוג __ הונפקה.      2. תעודה רפואית לא הונפקה (ציין/י סיבה) _____

<b>10. הצהרת הרופא הבודק</b>
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 _____

**עונת תעודה רפואית לעובד טיס** (ימולא רק ע"י מנפיק/ת התעודה)

<b>STATE OF ISRAEL</b> Ministry Of Transport Civil Aviation Authority <b>AIRMAN</b> <b>MEDICAL CERTIFICATE</b> CLASS _____ סוג	מדינת ישראל משרד התחבורה והבטיחות בדרכים רשות התעופה האזרחית <b>תעודה רפואית</b> <b>לעובד טיס</b>
---	---

NAME _____	שם _____
I.D. NO. _____	ת.ז. _____
D.O.B. _____	ת.ל. _____
עומד בדרישות הרפואיות לסוג תעודה רפואית זו, וזכאי להטות מכל הזכויות המבועות ממנה <b>HAS MET THE MEDICAL STANDARDS PRESCRIBED</b> <b>FOR THE CLASS OF MEDICAL CERTIFICATE</b>	

תאריך הבדיקה _____ DATE OF EXAMINATION	בתוקף עד _____ VALID TILL
---	------------------------------

CIVIL AIR SURGEON	חתימה _____ SIGNATURE	ר.ת.א. רופא
	תאריך הנפקה _____ DATE OF ISSUE	