REFERTO DI VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

COMPILARE QUESTA PAGINA PER INTERO E A STAMPATELLO – FARE RIFERIMENTO ALLA PAGINA DELLE ISTRUZIONI PER IL COMPLETAMENTO

Dati medici confidenziali

(1) Stato a cui si richiede il certificato:	(2) Classe di certificato medico richiesto: 1 ☐ 2 ☐ 3 ATC/FIS ☐		
(3) Cognome:	(4) Cognome(i) precedente(i):		(12) Tipo di esame: Iniziale ☐ Rinnovo/Riconvalida ☐
(5) Nome:	(6) Data di nascita:	(7) Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina	(13) Numero di riferimento:

(401) **Consenso al rilascio di informazioni mediche**:

Con il presente atto autorizzo la messa a disposizione di tutte le informazioni contenute in questo referto ed in tutti i suoi allegati, all'AME e se necessario, all'ispettore medico dell'autorità aeronautica riconoscendo che questi documenti o altri dati archiviati elettronicamente saranno usati per il completamento delle valutazioni mediche e diverranno e rimarranno di proprietà dell'autorità, ferma restando la possibilità per me o per il mio medico curante di potervi accedere in accordo con le leggi nazionali vigenti.La riservatezza delle informazioni mediche sarà sempre rispettato.

.....	.....	.....
Data	Firma del richiedente	Firma dell'AME

(402) Categoria di visita: Iniziale ☐ Addizionale ☐	(403) Anamnesi otorinolaringoiatrica:

Esame clinico

Controllo di ogni voce	Normale	Anormale
(404) Testa, faccia, collo, capillizio	☐	☐
(405) Cavità orale, denti	☐	☐
(406) Faringe	☐	☐
(407) Cavità nasali e rinofaringe (compresa rinoscopia anteriore)	☐	☐
(408) Sistema vestibolare, compreso test di Romberg	☐	☐
(409) Linguaggio parlato	☐	☐
(410) Seni paranasali	☐	☐
(411) Meati acustici esterni, membrane del timpano	☐	☐
(412) Otoscopia pneumatica	☐	☐
(413) Timpanometria con impedenza acustica compresa manovra di Valsalva (solo iniziale)	☐	☐

Esami aggiuntivi (se indicati)	Non eseguito	Normale	Anormale
(414) Audiometria del linguaggio parlato	☐	☐	☐
(415) Rinoscopia posteriore	☐	☐	☐
(416) EOG; nistagmo spontaneo e posizionale	☐	☐	☐
(417) Test calorico differenziale o test vestibolare di autorotazione	☐	☐	☐
(418) Laringoscopia a specchio o endoscopia	☐	☐	☐

(419) *Audiometria per i toni puri*

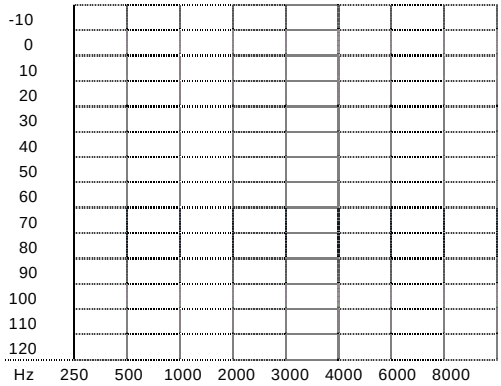
livello acustico in decibel (HL in dB)

Hz	Orecchio destro	Orecchio sinistro
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) *Audiogramma*

O = Destro - - - = Aria

db/HL X = Sinistro ..... = Osso



(421) **Osservazioni e conclusioni sull'esame otorinolaringoiatrico**:

(422) **Dichiarazione del medico esaminatore**:

Con il presente atto certifico che il sottoscritto/mio gruppo AME ho/ha esaminato personalmente il richiedente il cui nome è nel presente referto medico e che questo referto, con ogni eventuale allegato, contiene le mie conclusioni in modo corretto e completo.

(423) Luogo e data:	Nome e indirizzo dello specialista otorinolaringoiatra: (in stampatello)	Timbro dell'AME o del medico specialista e relativo N°:
Firma dell'AME:	E-mail: N°Telefono: N°Fax:	