

WYTYCZNE NR 13/2025
PREZESA URZĘDU LOTNICTWA CYWILNEGO

z dnia 2 października 2025 r.

**w sprawie skonsolidowanych przepisów w odniesieniu do centrów medycyny lotniczej
i lekarzy orzeczników medycyny lotniczej (część MED)**

Na podstawie art. 21 ust. 2 pkt 16 oraz art. 23 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2023 r. poz. 2110, z późn. zm.¹⁾) ogłasza się co następuje:

§ 1. Zaleca się stosowanie, wydanych przez Agencję Unii Europejskiej ds. Bezpieczeństwa Lotniczego (EASA), „Skonsolidowanych przepisów w odniesieniu do centrów medycyny lotniczej i lekarzy orzeczników medycyny lotniczej (część MED)”, stanowiących załącznik do wytycznych.

§ 2. Uchyła się wytyczne nr 10 Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego z dnia 16 lipca 2020 r. w sprawie ogłoszenia akceptowalnych sposobów potwierdzania spełnienia wymagań oraz materiałów zawierających wytyczne do części MED do rozporządzenia Komisji (UE) nr 1178/2011 (Dz. Urz. ULC poz. 38).

§ 3. Wytyczne wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

wz. Prezesa Urzędu
Lotnictwa Cywilnego
Wiceprezes Urzędu
Lotnictwa Cywilnego

Andrzej Kotwica

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 731 i 1222 oraz z 2025 r. poz. 31, 179, 374 i 769.

Skonsolidowane przepisy w odniesieniu do centrów medycyny lotniczej i lekarzy orzeczników medycyny lotniczej (część MED)

UWAGA REDAKCYJNA

Treść niniejszego dokumentu została opracowana w następujący sposób: w pierwszej kolejności rozporządzenie ramowe (punkty preambuły i artykuły) przepisu wykonawczego (IR), następnie punkty z odpowiedniego załącznika, po których następują powiązane akceptowalne sposoby spełnienia wymagań (AMC) oraz materiały zawierające wytyczne (GM).

Wszystkie elementy (tj. artykuły rozporządzenia ramowego, przepisy wykonawcze (IR), AMC i GM) są oznaczone kolorami i można je zidentyfikować zgodnie z poniższym oznaczeniem. Rozporządzenie UE lub decyzja Dyrektora Wykonawczego (ED) EASA, na mocy której dany punkt został wprowadzony lub ostatnio zmieniony, został wskazany *kursywą* poniżej tytułu danego artykułu, IR, AMC lub GM.

<u>Artykuł rozporządzenia ramowego</u>	
	<i>Rozporządzenie UE</i>
Załącznik przepisu wykonawczego	
	<i>Rozporządzenie UE</i>
Akceptowalne sposoby spełnienia wymagań	
	<i>Decyzja ED</i>
Materiały zawierające wytyczne	
	<i>Decyzja ED</i>

UWZGLĘDNIONE ZMIANY

ROZPORZĄDZENIA KOMISJI

Uwzględnione rozporządzenie Komisji	Części, których zmiana dotyczy	Data stosowania ¹
Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 1178/2011	Rozporządzenie ramowe	08/04/2012*
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik II	
	Załącznik III	
	Załącznik IV (część MED)	
Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 290/2012	Rozporządzenie ramowe	08/04/2012*
	Załącznik V (część CC)	
	Załącznik VI (część ARA)	
	Załącznik VII (część ORA)	
Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 70/2014	Rozporządzenie ramowe	17/02/2014
	Załącznik VII (część ORA)	
Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 245/2014	Rozporządzenie ramowe	03/04/2014
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik II	
	Załącznik III	
	Załącznik VI (część ARA)	
Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/445	Rozporządzenie ramowe	08/04/2015*
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik II	
	Załącznik III	
	Załącznik VI (część ARA)	
Rozporządzenie Komisji (UE) 2016/539	Rozporządzenie ramowe	08/04/2016*
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik VII (część ORA)	
Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/1065	Rozporządzenie ramowe	19/08/2018
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik VI (część ARA)	
Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/1119	Rozporządzenie ramowe	02/09/2018
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik VI (część ARA)	
	Załącznik VII (część ORA)	
	Załącznik VIII (część DTO)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2018/1974	Rozporządzenie ramowe	20/12/2019*
	Załącznik I (część FCL)	

¹ Jest to najwcześniejsza data zastosowania (tj. data, od której akt lub przepis w akcie wywołuje pełne skutki prawne), zgodnie z definicją zawartą w odpowiednim artykule rozporządzenia ramowego. Niektóre przepisy rozporządzeń mogą jednak mieć zastosowanie w późniejszym terminie (odroczone zastosowanie). Ponadto państwa członkowskie mogą powiadomić o pewnych wyłączeniach (odstępstwach od niektórych przepisów).

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/27	Rozporządzenie ramowe	30/01/2019
	Załącznik IV (część MED)	
	Załącznik VI (część ARA)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/430	Rozporządzenie ramowe	11/04/2019
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/1747	Rozporządzenie ramowe	11/11/2019*
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik VI (część ARA)	
	Załącznik VIII (część DTO)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/359	Rozporządzenie ramowe	08/04/2020*
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik IV (część MED)	
	Załącznik VI (część ARA)	
	Załącznik VII (część ORA)	
	Załącznik VIII (część DTO)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/723	Rozporządzenie ramowe	22/06/2020
	Załącznik III	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/2193	Rozporządzenie ramowe	12/1/2021 8/9/2021 — pkt (1)(r) Zał. I oraz pkt (1)(a) Zał. II 31/1/2022 — pkt (1)(p) Zał. I
	Załącznik I (część FCL)	
	Załącznik VI (część ARA)	
	Załącznik VII (część ORA)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2021/2227	Rozporządzenie ramowe	4/1/2022 (Art. 4(c)) 30/10/2022
	Załącznik I (część FCL)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2023/203	Załącznik VI (część ARA)	22/02/2026
	Załącznik VII (część ORA)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2024/1111	Rozporządzenie ramowe	1/05/2025
	Załącznik I (część FCL)	
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2024/2076	Rozporządzenie ramowe	14/08/2024
	Załącznik I (część FCL)	14/08/2024
		13/02/2025 (jak określono w Artykule 3 rozporządzenia)
	Załącznik IV (część MED)	13/02/2025
	Załącznik VI (część ARA)	14/08/2024
		13/02/2025 (jak określono w Artykule 3 rozporządzenia)
	Załącznik VII (część ORA)	14/08/2024
		13/02/2025 (jak określono w Artykule 3 rozporządzenia)
	Załącznik VIII (część DTO)	14/08/2024

* Patrz Artykuł 12 rozporządzenia ramowego

AMC/GM do rozporządzeń (DECYZJE ED)

Decyzja ED	Numer wydania AMC/GM, numer zmiany	Data stosowania
Decyzja ED 2011/015/R	Wydanie pierwsze Załącznika IV (część MED)	22/12/2011
Decyzja ED 2011/016/R	Wydanie pierwsze Załącznika I (część FCL)	22/12/2011
Decyzja ED 2012/005/R	Wydanie pierwsze Załącznika V (część CC)	20/04/2012
Decyzja ED 2012/006/R	Wydanie pierwsze Załącznika VI (część ARA)	20/04/2012
Decyzja ED 2012/007/R	Wydanie pierwsze Załącznika VII (część ORA)	20/04/2012
Decyzja ED 2013/006/R	Zmiana 1 do Załącznika VI (część ARA)	23/04/2013
Decyzja ED 2013/008/R	Zmiana 1 do Załącznika VII (część ORA)	23/04/2013
Decyzja ED 2013/016/R	Zmiana 1 do Załącznika IV (część MED)	10/08/2013
Decyzja ED 2014/020/R	Zmiana 2 do Załącznika VI (część ARA)	03/04/2014
Decyzja ED 2014/021/R	Zmiana 2 do Załącznika VII (część ORA)	03/04/2014
Decyzja ED 2014/022/R	Zmiana 1 do Załącznika I (część FCL)	03/04/2014
Decyzja ED 2015/011/R	Zmiana 3 do Załącznika VII (część ORA)	16/04/2015
Decyzja ED 2015/023/R	Zmiana 1 do Załącznika V (część CC)	01/10/2016
Decyzja ED 2016/008/R	Zmiana 2 do Załącznika I (część FCL)	3/5/2016
	Zmiana 3 do Załącznika VI (część ARA)	
Decyzja ED 2017/022/R	Zmiana 3 do Załącznika I (część FCL)	12/12/2017
	Zmiana 4 do Załącznika VI (część ARA)	
	Zmiana 4 do Załącznika VII (część ORA)	
Decyzja ED 2018/001/R	Zmiana 4 do Załącznika I (część FCL)	31/01/2022
	Zmiana 5 do Załącznika VII (część ORA)	
Decyzja ED 2018/009/R	Zmiana 5 do Załącznika I (część FCL)	15/09/2018
	Zmiana 5 do Załącznika VI (część ARA)	
	Wydanie pierwsze Załącznika VIII (część DTO)	
Decyzja ED 2018/011/R	Zmiana 6 do Załącznika I (część FCL)	7/11/2018
	Zmiana 6 do Załącznika VI (część ARA)	
Decyzja ED 2019/002/R	Zmiana 7 do Załącznika VI (część ARA)	30/01/2019

	Drugie wydanie Załącznika IV (część MED)	
Decyzja ED 2019/005/R	Zmiana 7 do Załącznika I (część FCL) Zmiana 6 do Załącznika VII (część ORA)	20/12/2019
Decyzja ED 2019/017/R	Zmiana 8 do Załącznika I (część FCL) Zmiana 8 do Załącznika VI (część ARA)	31/1/2022
Decyzja ED 2020/005/R	Zmiana 9 do Załącznika I (część FCL) Zmiana 9 do Załącznika VI (część ARA) Zmiana 7 do Załącznika VII (część ORA) Zmiana 1 do Załącznika VIII (część DTO)	19/3/2020
Decyzja ED 2020/018/R	Zmiana 10 do Załącznika I (część FCL) Zmiana 10 do Załącznika VI (część ARA)	08/09/2021
Decyzja ED 2021/002/R	Zmiana 11 do Załącznika I (część FCL) Zmiana 11 do Załącznika VI (część ARA)	03/03/2021
Decyzja ED 2022/014/R	Zmiana 12 do Załącznika I (część FCL)	30/10/2022
Decyzja ED 2023/010/R	Zmiana 12 do Załącznika VI (część ARA)	22/02/2026
Decyzja ED 2025/002/R	Zmiana 13 do Załącznika I (część FCL) Zmiana 1 do Załącznika VIII (część MED) Zmiana 13 do Załącznika VI (część ARA) Zmiana 8 do Załącznika VII (część ORA) Zmiana 2 do Załącznika VIII (część DTO)	13/05/2025

SPIS TREŚCI

UWAGA REDAKCYJNA

UWZGLĘDNIONE ZMIANY

SPIS TREŚCI

ROZPORZĄDZENIE RAMOWE

- Artykuł 1 – Przedmiot
- Artykuł 2 – Definicje
- GM1 do Artykułu 2 Definicje
- Artykuł 3 - Wydawanie licencji i orzeczeń lekarskich pilotom
- Artykuł 3a – Środki przejściowe dotyczące protokołów ocen lekarskich stosowane zgodnie z pkt ARA.MED.330 załącznika VI (część ARA) oraz orzeczenia lekarskie wydane na ich podstawie
- Artykuł 4 – Dotychczasowe krajowe licencje pilotów
- Artykuł 4a – Uprawnienia do wykonywania lotów według wskazań przyrządów w nawigacji w oparciu o charakterystyki systemów
- Artykuł 4b – Szkolenie w zakresie zapobiegania sytuacjom krytycznym i wyprowadzania samolotu z takich sytuacji
- Artykuł 4c - Środki przejściowe dla posiadaczy uprawnień do wykonywania lotów według wskazań przyrządów na trasie
- Artykuł 4d - Środki przejściowe dotyczące przywilejów wynikających z uprawnień do wykonywania lotów według wskazań przyrządów na śmigłowce jednosilnikowe
- Artykuł 4e - Środki przejściowe dotyczące szkolenia, egzaminowania i kontroli umiejętności związanych z operacjami w załodze wieloosobowej na śmigłowcach z załogą jednoosobową
- Artykuł 4f - Uprawnienia na typ VCA
- Artykuł 4h - Środki przejściowe dla posiadaczy uprawnień do wykonywania lotów w terenie górzystym
- Artykuł 5
- Artykuł 6 – Konwersja kwalifikacji pilota doświadczalnego
- Artykuł 7 – Dotychczasowe krajowe licencje mechanika pokładowego
- Artykuł 8
- Artykuł 9 – Zaliczanie szkoleń rozpoczętych przed datą stosowania niniejszego rozporządzenia
- Artykuł 9a – Szkolenie w zakresie uprawnień na typ i dane dotyczące zgodności operacyjnej
- Artykuł 10 – Zaliczanie licencji pilota uzyskanych w trakcie służby wojskowej
- Artykuł 10a – Organizacje szkolące pilotów
- Artykuł 10b – Szkoleniowe urządzenia symulacji lotu
- Artykuł 10c – Centra medycyny lotniczej
- Artykuł 11 – Sprawność fizyczna i psychiczna personelu pokładowego
- Artykuł 11a – Kwalifikacje personelu pokładowego oraz związane z nimi zaświadczenia
- Artykuł 11b – Zdolność do sprawowania nadzoru
- Artykuł 11c – Środki przejściowe

Artykuł 12 – Wejście w życie i stosowanie (rozporządzenia Komisji 1178/2011)

Rozporządzenie Komisji (UE) nr 290/2012 z dnia 30 marca 2012 r.
Rozporządzenie Komisji (UE) nr 70/2014 z dnia 27 stycznia 2014 r.
Rozporządzenie Komisji (UE) nr 245/2014 z dnia 13 marca 2014 r.
Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/445 z dnia 17 marca 2015 r.
Rozporządzenie Komisji (UE) 2016/539 z dnia 6 kwietnia 2016 r.
Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/1065 z dnia 27 lipca 2018 r.
Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/1119 z dnia 31 lipca 2018 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2018/1974 z dnia 14 grudnia 2018 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/27 z dnia 19 grudnia 2018 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/430 z dnia 18 marca 2019 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/1747 z dnia 15 października 2019 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/359 z dnia 4 marca 2020 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/2193 z dnia 16 grudnia 2021 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2021/2227 z dnia 14 grudnia 2021 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2023/203 z dnia 27 października 2022 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2024/1111 z dnia 10 kwietnia 2024 r.
Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2023/2076 z dnia 24 lipca 2024 r.

ZAŁĄCZNIK IV (CZĘŚĆ MED)

PODCZĘŚĆ A - WYMAGANIA OGÓLNE

SEKCJA 1 – Warunki ogólne

MED.A.001 Właściwy organ

MED.A.005 Zakres

MED.A.010 Definicje

MED.A.015 Tajemnica lekarska

AMC1 MED.A.015 Tajemnica lekarska

MED.A.020 Obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej

GM1 MED.A.020 Obniżenie zdolności fizycznej i psychicznej

MED.A.025 Obowiązki centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej oraz lekarza medycyny pracy

AMC1 MED.A.025 Obowiązki centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej oraz lekarza medycyny pracy

GM1 MED.A.025 Obowiązki centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej oraz lekarza medycyny pracy

SEKCJA 2 – Wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich

MED.A.030 Orzeczenia lekarskie

AMC1 MED.A.030 Orzeczenia lekarskie

MED.A.035 Wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego

AMC1 MED.A.035 Wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego

- MED.A.040** **Wydawanie, przedłużanie i wznowianie orzeczeń lekarskich**
MED.A.045 **Ważność, przedłużanie i wznowianie orzeczeń lekarskich**
MED.A.046 **Zawieszanie lub cofanie orzeczeń lekarskich**
MED.A.050 **Przekazywanie sprawy**

PODCZĘŚĆ B – WYMAGANIA W ZAKRESIE ORZECZEŃ LEKARSKICH DLA PILOTÓW

SEKCJA 1 – Warunki ogólne

MED.B.001 Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich

AMC1 MED.B.001 Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich

AMC2 MED.B.001 Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich

MED.B.005 Ogólne wymagania zdrowotne

SEKCJA 2 – Wymagania zdrowotne w odniesieniu do orzeczeń lekarskich 1. i 2. klasy

MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

AMC1 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

AMC2 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

GM1 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

GM2 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

GM3 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

GM4 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

GM5 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

GM1 MED.B.010(b) Układ sercowo-naczyniowy

MED.B.015 Układ oddechowy

AMC1 MED.B.015 Układ oddechowy

AMC2 MED.B.015 Układ oddechowy

GM1 MED.B.015 Układ oddechowy

MED.B.020 Układ trawienny

AMC1 MED.B.020 Układ trawienny

AMC2 MED.B.020 Układ trawienny

MED.B.025 Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy

AMC1 MED.B.025 Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy

AMC2 MED.B.025 Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy

MED.B.030 Hematologia

AMC1 MED.B.030 Hematologia

AMC2 MED.B.030 Hematologia

MED.B.035 Układ moczowo-płciowy

AMC1 MED.B.035 Układ moczowo-płciowy

AMC2 MED.B.035 Układ moczowo-płciowy

MED.B.040 Choroba zakaźna

AMC1 MED.B.040 Choroba zakaźna

AMC2 MED.B.040 Choroba zakaźna

MED.B.045 Położnictwo i ginekologia

AMC1 MED.B.045 Położnictwo i ginekologia

AMC2 MED.B.045 Położnictwo i ginekologia

MED.B.050 Układ mięśniowo-szkieletowy

AMC1 MED.B.050 Układ mięśniowo-szkieletowy

AMC2 MED.B.050 Układ mięśniowo-szkieletowy

MED.B.055 Zdrowie psychiczne

AMC1 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

AMC2 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

GM1 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

GM2 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

- GM3 MED.B.055 Zdrowie psychiczne
 GM4 MED.B.055 Zdrowie psychiczne
- MED.B.065 Neurologia**
 AMC1 MED.B.065 Neurologia
 AMC2 MED.B.065 Neurologia
- MED.B.070 Narząd wzroku**
 AMC1 MED.B.070 Narząd wzroku
 AMC2 MED.B.070 Narząd wzroku
 GM1 MED.B.070 Narząd wzroku
 GM2 MED.B.070 Narząd wzroku
- MED.B.075 Widzenie barw**
 AMC1 MED.B.075 Widzenie barw
 AMC2 MED.B.075 Widzenie barw
- MED.B.080 Otolaryngologia**
 AMC1 MED.B.080 Otolaryngologia
 AMC2 MED.B.080 Otolaryngologia
 GM1 MED.B.080 Otolaryngologia
 GM2 MED.B.080 Otolaryngologia
- MED.B.085 Dermatologia**
 AMC1 MED.B.085 Dermatologia
 AMC2 MED.B.085 Dermatologia
- MED.B.090 Onkologia**
 AMC1 MED.B.090 Onkologia
 AMC2 MED.B.090 Onkologia

SEKCJA 3 – Szczegółne wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich na potrzeby licencji LAPL

MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

- AMC1 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC2 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC3 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC4 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC5 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC6 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC7 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC8 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
- AMC9 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

AMC10 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
AMC11 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
AMC12 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
AMC13 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
AMC14 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
AMC15 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
AMC16 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
AMC17 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
GM1 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
GM2 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL
GM3 MED.B.095	Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

PODCZĘŚĆ C – WYMAGANIA DOTYCZĄCE ZDOLNOŚCI FIZYCZNEJ I PSYCHICZNEJ PERSONELU POKŁADOWEGO

SEKCJA 1 – Wymagania ogólne

MED.C.001 Warunki ogólne

MED.C.005 Oceny lotniczo-lekarskie

AMC1 MED.C.005 Oceny lotniczo-lekarskie

SEKCJA 2 – Wymagania w zakresie oceny lotniczo-lekarskiej personelu pokładowego

MED.C.020 Warunki ogólne

MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

AMC1 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC2 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC3 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC4 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC5 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC6 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC7 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC8 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC9 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC10 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC11 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

AMC12 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC13 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC14 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC15 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC16 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
AMC17 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
GM1 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
GM2 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
GM3 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej
GM4 MED.C.025	Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

SEKCJA 3 – Dodatkowe wymagania dotyczące posiadaczy lub wnioskodawców ubiegających się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego

MED.C.030 Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego

AMC1 MED.C.030	Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego
GM1 MED.C.030(b)	Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego

MED.C.035 Ograniczenia

AMC1 MED.C.035	Ograniczenia
----------------	--------------

PODCZĘŚĆ D - LEKARZE ORZECZNICY MEDYCYNY LOTNICZEJ, LEKARZE MEDYCYNY OGÓLNEJ, LEKARZE MEDYCYNY PRACY

SEKCJA 1 – Lekarze orzecznicy medycyny lotniczej

MED.D.001 Przywileje

MED.D.005 Wniosek

MED.D.010 Wymagania w zakresie wydawania certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej

MED.D.011 Przywileje posiadacza certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej

MED.D.015 Wymagania w zakresie rozszerzania przywilejów

MED.D.020 Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

AMC1 MED.D.020	Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej
AMC2 MED.D.020	Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej
GM1 MED.D.020	Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej
GM2 MED.D.020	Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej
GM3 MED.D.020	Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

MED.D.025 Zmiany w ramach certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej

MED.D.030 Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej

AMC1 MED.D.030	Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej
GM1 MED.D.030	Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej
GM2 MED.D.030	Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej

SEKCJA 2 – Lekarze medycyny ogólnej	
MED.D.035	Wymagania w odniesieniu do lekarzy medycyny ogólnej
SEKCJA 3 – Lekarze medycyny pracy	
MED.D.040	Wymagania w odniesieniu do lekarzy medycyny pracy

ROZPORZĄDZENIE RAMOWE

ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (UE) NR 1178/2011

z dnia 3 listopada 2011 r.

ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do załóg w lotnictwie cywilnym zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady

Rozporządzenie (UE) nr 1178/2011

KOMISJA EUROPEJSKA,

uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej,

uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 z dnia 20 lutego 2008 r. w sprawie wspólnych zasad w zakresie lotnictwa cywilnego i utworzenia Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa Lotniczego oraz uchylając dyrektywę Rady 91/670/EWG, rozporządzenie (WE) nr 1592/2002 i dyrektywę 2004/36/WE2, w szczególności jego art. 7 ust. 6, art. 8 ust. 5 oraz art. 10 ust. 5,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Rozporządzenie (WE) nr 216/2008 ma na celu ustanowienie i utrzymanie wysokiego, jednolitego poziomu bezpieczeństwa lotnictwa cywilnego w Europie. Rozporządzenie to określa środki realizacji tego celu, a także pozostałych celów w zakresie bezpieczeństwa lotnictwa cywilnego.
- (2) Piloci biorący udział w pilotowaniu określonych statków powietrznych, a także szkoleniowe urządzenia symulacji lotu, osoby i organizacje zaangażowane w szkolenie, testowanie lub sprawdzanie tych pilotów, muszą spełniać odpowiednie zasadnicze wymagania określone w załączniku III do rozporządzenia (WE) nr 216/2008. Zgodnie z tym rozporządzeniem należy certyfikować pilotów, a także osoby i organizacje zaangażowane w szkolenie, po stwierdzeniu, że spełniają zasadnicze wymagania.
- (3) Podobnie należy wydawać orzeczenia lekarskie pilotom oraz certyfikować lekarzy orzeczników medycyny lotniczej odpowiedzialnych za ocenę sprawności fizycznej i psychicznej pilotów po stwierdzeniu, że spełniają oni odpowiednie zasadnicze wymagania. Rozporządzenie (WE) nr 216/2008 przewiduje jednak, iż lekarze medycyny ogólnej mogą – pod pewnymi warunkami oraz jeżeli zezwala na to prawo krajowe – występować w roli lekarzy orzeczników medycyny lotniczej.
- (4) Personel pokładowy uczestniczący w użytkowaniu określonych statków powietrznych musi spełniać odpowiednie zasadnicze wymagania określone w załączniku IV do rozporządzenia (WE) nr 216/2008. Zgodnie ze wspomnianym rozporządzeniem członkowie personelu pokładowego muszą podlegać okresowym badaniom stwierdzającym ich sprawność fizyczną i psychiczną pod kątem

2 Dz. U. L 79 z 19.3.2008, s. 1.

bezpiecznego wykonywania przydzielonych im zadań. Spełnienie tego wymagania musi zostać wykazane w drodze badań opartych na najlepszej praktyce w zakresie medycyny lotniczej.

- (5) Rozporządzenie (WE) nr 216/2008 nakłada na Komisję obowiązek przyjęcia przepisów wykonawczych dotyczących ustalania warunków w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich pilotom, a także certyfikacji osób i organizacji zaangażowanych w ich szkolenie, testowanie lub sprawdzanie, w zakresie atestacji członków personelu pokładowego oraz oceny ich sprawności fizycznej i psychicznej.
- (6) Należy określić wymagania i procedury dotyczące konwersji krajowych licencji pilotów i krajowych licencji mechanika pokładowego na licencje pilotów, aby zapewnić im możliwość wykonywania zadań na ujednoliconych warunkach. Kwalifikacje pilota doświadczalnego powinny również podlegać konwersji zgodnie z niniejszym rozporządzeniem.
- (7) Państwa członkowskie powinny mieć możliwość uznawania licencji wydanych przez państwa trzecie, jeżeli może zostać zapewniony poziom bezpieczeństwa równoważny poziomowi bezpieczeństwa określonego w rozporządzeniu (WE) nr 216/2008. Należy określić warunki uznawania licencji wydanych przez państwa trzecie.
- (8) Aby zapewnić możliwość uwzględnienia szkoleń rozpoczętych przed datą stosowania niniejszego rozporządzenia na potrzeby uzyskania licencji pilotów, należy określić warunki uznawania ukończonych szkoleń. Należy również określić warunki uznawania licencji wojskowych.
- (9) Należy zagwarantować branży lotniczej oraz administracjom państw członkowskich wystarczająco dużo czasu na dostosowanie się do nowych ram regulacyjnych, zapewnić państwom członkowskim czas na wydanie określonych rodzajów licencji pilotów i orzeczeń lekarskich nieobjętych przez JAR, a także na uznanie – pod pewnymi warunkami – ważności wydanych licencji i orzeczeń, jak również przeprowadzonych ocen lotniczo-lekarskich, przed rozpoczęciem stosowania niniejszego rozporządzenia.
- (10) Zgodnie z art. 69 ust. 2 rozporządzenia (WE) nr 216/2008 uchyla się dyrektywę Rady 91/670/EWG z dnia 16 grudnia 1991 r. w sprawie wzajemnego uznawania licencji personelu pełniącego określone funkcje w lotnictwie cywilnym³. Środki przyjęte niniejszym rozporządzeniem uznaje się za stanowiące odpowiednie środki.
- (11) Aby zapewnić płynne przejście oraz zagwarantować wysoki, ujednolicony poziom bezpieczeństwa lotnictwa cywilnego w Unii, środki wykonawcze powinny odzwierciedlać aktualny stan wiedzy, w tym najlepsze praktyki, a także postęp naukowo-techniczny w zakresie szkolenia pilotów oraz sprawności fizycznej i psychicznej. Należy odpowiednio uwzględnić wymagania techniczne i procedury administracyjne uzgodnione przez Organizację Międzynarodowego Lotnictwa Cywilnego (ICAO) oraz Wspólne Władze Lotnicze (JAA) do dnia 30 czerwca 2009 r., jak również obowiązujące przepisy wynikające ze specyfiki danego kraju.
- (12) Agencja przygotowała projekt przepisów wykonawczych i przedstawiła go Komisji w postaci opinii zgodnie z art. 19 ust. 1 rozporządzenia (WE) nr 216/2008.

³ Dz. U. L 373 z 31.12.1991, s. 21.

- (13) Środki przewidziane w niniejszym rozporządzeniu są zgodne z opinią komitetu ustanowionego na mocy art. 65 rozporządzenia (WE) nr 216/2008,

PRZYJMUJE NINIEJSZE ROZPORZĄDZENIE:

Artykuł 1 – Przedmiot

Rozporządzenie (UE) 2020/359

1. Niniejsze rozporządzenie ustanawia szczegółowe zasady w odniesieniu do:
 - (a) poszczególnych uprawnień związanych z licencjami pilotów, warunków wydawania, utrzymywania w mocy, zmiany, ograniczania, zawieszania lub cofania licencji, przywilejów i obowiązków posiadaczy licencji, a także warunków konwersji dotychczasowych krajowych licencji pilotów i krajowych licencji mechanika pokładowego na licencje pilotów;
 - (b) certyfikacji osób, które są odpowiedzialne za zapewnianie szkolenia pilotów w powietrzu lub na symulatorach lotu oraz za ocenę kwalifikacji pilotów;
 - (c) poszczególnych orzeczeń lekarskich dla pilotów, warunków wydawania, utrzymywania w mocy, zmiany, ograniczania, zawieszania lub cofania orzeczeń lekarskich, przywilejów i obowiązków posiadaczy orzeczeń lekarskich, a także warunków konwersji krajowych orzeczeń lekarskich na wzajemnie uznawane orzeczenia lekarskie;
 - (d) certyfikacji lekarzy orzeczników medycyny lotniczej, a także warunków, na jakich lekarze medycyny ogólnej mogą występować w roli lekarzy orzeczników medycyny lotniczej;
 - (e) okresowej oceny lotniczo-lekarskiej członków personelu pokładowego, a także kwalifikacji osób, które są odpowiedzialne za tę ocenę;
 - (f) warunków wydawania, utrzymania, zmieniania, ograniczania, zawieszania lub cofania świadectw dopuszczenia do pracy personelu pokładowego, a także przywilejów i obowiązków posiadaczy świadectw dopuszczenia do pracy personelu pokładowego;
 - (g) warunków wydawania, utrzymania, zmieniania, ograniczania, zawieszania lub cofania certyfikatów organizacji szkolących pilotów i centrów medycyny lotniczej uczestniczących w kwalifikowaniu oraz ocenie lotniczo-lekarskiej załóg w lotnictwie cywilnym;
 - (h) wymagań dotyczących certyfikacji szkoleniowych urządzeń symulacji lotu oraz organizacji, które obsługują te urządzenia i korzystają z nich;
 - (i) wymagań dotyczących systemu administracji i zarządzania, które muszą spełniać państwa członkowskie, Agencja Unii Europejskiej ds. Bezpieczeństwa Lotniczego (EASA) oraz stosowne organizacje w związku z przepisami, o których mowa w lit. a)–h).
2. Art. 11b i 11c niniejszego rozporządzenia oraz załącznik IV (część MED), załącznik VI (część ARA), załącznik VII (część ORA) i załącznik VIII (część DTO) do niniejszego rozporządzenia mają zastosowanie do licencji pilotów na balony i szybowce.

Artykuł 2 - Definicje

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

Do celów niniejszego rozporządzenia zastosowanie mają następujące definicje:

- (1) „licencja zgodna z częścią FCL” oznacza licencję członka załogi lotniczej zgodną z wymaganiami załącznika I;
- (2) „JAR” oznacza wspólne wymagania lotnicze przyjęte przez Wspólne Władze Lotnicze, obowiązujące na dzień 30 czerwca 2009 r.;
- (3a) „samolot complex” oznacza samolot, który spełnia jedno z poniższych kryteriów:
 - (i) jego maksymalna certyfikowana masa startowa przekracza 5 700 kg;
 - (ii) jest certyfikowany dla maksymalnej liczby miejsc pasażerskich powyżej dziewiętnastu;
 - (iii) jest certyfikowany do wykonywania operacji z załogą składającą się z co najmniej dwóch pilotów;
 - (iv) jest wyposażony w silnik turboodrzutowy lub silniki turboodrzutowe lub więcej niż jeden silnik turbośmigłowy;
- (3b) „śmigłowiec complex” oznacza śmigłowiec, który spełnia jedno z poniższych kryteriów:
 - (i) jego maksymalna certyfikowana masa startowa przekracza 3 175 kg;
 - (ii) jest certyfikowany dla maksymalnej liczby miejsc pasażerskich powyżej dziewięciu, lub
 - (iii) jest certyfikowany do wykonywania operacji z załogą składającą się z co najmniej dwóch pilotów;
- (5) „licencja niezgodna z JAR” oznacza licencję pilota wydaną lub uznaną – zgodnie z krajowymi przepisami – przez państwo członkowskie, które nie uzyskało rekomendacji dotyczącej wzajemnego uznawania w odniesieniu do odpowiednich JAR;
- (6) „zaliczenie” oznacza uznanie wcześniej zdobytego doświadczenia lub kwalifikacji;
- (7) „raport zaliczenia” oznacza raport, który może stanowić podstawę uznania wcześniejszego doświadczenia lub wcześniejszych kwalifikacji;
- (8) „raport konwersji” oznacza raport, który może stanowić podstawę konwersji licencji na licencję zgodną z częścią FCL;
- (8a) „wiropląt” oznacza cięższy od powietrza statek powietrzny o napędzie silnikowym, który utrzymuje się w powietrzu głównie dzięki sile nośnej wytwarzanej przez maksymalnie dwa wirniki;
- (8b) „statek powietrzny zdolny do wykonywania lotów VTOL (VCA)” oznacza statek powietrzny o napędzie silnikowym, cięższy od powietrza, inny niż samolot lub wiropłat, zdolny do wykonywania pionowego startu i lądowania za pomocą

jednostek podnoszenia i ciągu, wykorzystywanych do wytworzenia siły nośnej podczas startu i lądowania.

- (8c) „samolot SEP” oznacza samolot jednosilnikowy z załogą jednoosobową, dla którego nie jest wymagane uprawnienie na typ i którego jedyna centralna jednostka napędowa jest obsługiwana za pomocą jednego sterownika ciągu i napędzana którymkolwiek z następujących typów silników:
- (a) silnik tłokowy;
 - (b) układ silnika napędzany energią elektryczną, który, jeżeli tak określono w wyniku procesu certyfikacji zgodnie z rozporządzeniem (UE) nr 748/2012, może składać się z więcej niż jednego silnika elektrycznego;
 - (c) hybrydowy układ silnika składający się z silników tłokowych i elektrycznych, jeżeli tak określono w wyniku procesu certyfikacji zgodnie z rozporządzeniem (UE) nr 748/2012;
- (8d) „śmigłowiec SEP” oznacza śmigłowiec jednosilnikowy z załogą jednoosobową napędzany silnikiem tłokowym;
- (11) „członek personelu pokładowego” oznacza odpowiednio wykwalifikowanego członka załogi, niebędącego członkiem personelu lotniczego ani technicznego, który został wyznaczony przez operatora do wykonywania obowiązków związanych z bezpieczeństwem pasażerów i lotu w trakcie operacji lotniczych;
- (12) „załoga” oznacza załogę lotniczą oraz personel pokładowy;
- (14) „akceptowalne sposoby spełnienia wymagań (ang. acceptable means of compliance, AMC)” oznaczają niewiążące normy przyjęte przez Agencję w celu przedstawienia sposobów spełnienia wymagań określonych w rozporządzeniu (WE) nr 216/2008 i przepisach wykonawczych do niego;
- (15) „alternatywne sposoby spełnienia wymagań (ang. alternative means of compliance, AltMoC)” oznaczają sposoby alternatywne do istniejących akceptowalnych sposobów spełnienia wymagań lub sposoby polegające na zastosowaniu nowych środków służących zapewnieniu zgodności z rozporządzeniem (WE) nr 216/2008 i przepisami wykonawczymi do niego, w odniesieniu do których Agencja nie przyjęła żadnych powiązanych akceptowalnych sposobów spełnienia wymagań;
- (16) „zatwierdzona organizacja szkolenia (ang. approved training organisation, ATO)” oznacza organizację, która jest uprawniona do prowadzenia szkolenia pilotów na podstawie zatwierdzenia wydanego zgodnie z art. 10a ust. 1 akapit pierwszy;
- (17) „urządzenie do podstawowego szkolenia w lotach według wskazań przyrządów (ang. basic instrument training device, BITD)” oznacza naziemne urządzenie szkoleniowe przeznaczone do szkolenia pilotów, będące odwzorowaniem stanowiska ucznia-pilota w danej klasie samolotów, w którym mogą być wykorzystywane ekranowe panele przyrządowe i sprężynowe urządzenia sterowania lotem, oraz stanowiące platformę szkoleniową obejmującą przynajmniej proceduralne aspekty lotu według wskazań przyrządów;
- (18) „specyfikacje certyfikacyjne (ang. certification specifications, CS)” oznaczają normy techniczne przyjęte przez Agencję, w których określono środki, z których organizacja może korzystać do celów certyfikacji;

- (19) „instruktor szkolenia praktycznego” (ang. flight instructor, FI) oznacza instruktora posiadającego przywileje prowadzenia szkolenia na statkach powietrznych zgodnie z podczęścią J załącznika I (część FCL) do niniejszego rozporządzenia, podczęścią FI załącznika III (część BFCL) do rozporządzenia (UE) 2018/3954 lub podczęścią FI załącznika III (część SFCL) do rozporządzenia wykonawczego (UE) 2018/19765;
- (20) „szkoleniowe urządzenie symulacji lotu (ang. flight simulation training device, FSTD)” oznacza urządzenie przeznaczone do szkolenia pilotów, które:
- (a) w przypadku samolotów jest pełnym symulatorem lotu (ang. full flight simulator, FFS), urządzeniem do szkolenia lotniczego (ang. flight training device, FTD), urządzeniem do szkolenia w zakresie procedur lotu i procedur nawigacji (ang. flight and navigation procedures trainer, FNPT) lub urządzeniem do podstawowego szkolenia w lotach według wskazań przyrządów (BITD);
 - (b) w przypadku śmigłowców jest pełnym symulatorem lotu (FFS), urządzeniem do szkolenia lotniczego (FTD) lub urządzeniem do szkolenia w zakresie procedur lotu i procedur nawigacji (FNPT);
- (21) „kwalifikacja FSTD” oznacza poziom technicznych możliwości FSTD określony w specyfikacjach certyfikacyjnych dotyczących danego FSTD;
- (22) „główne miejsce prowadzenia działalności” organizacji oznacza siedzibę główną lub siedzibę statutową organizacji, w której wykonywane są główne czynności finansowe i kontrola operacyjna działań, o których mowa w niniejszym rozporządzeniu;
- (22a) „ARO.RAMP” oznacza podczęść RAMP załącznika II do rozporządzenia w sprawie operacji lotniczych;
- (22b) „automatycznie uznawana” oznacza uznanie, bez żadnych formalności, przez wymienione w załączniku ICAO umawiające się państwo ICAO licencji załogi lotniczej wydanej przez inne umawiające się państwo zgodnie z załącznikiem 1 do konwencji chicagowskiej;
- (22c) „załącznik ICAO” oznacza załącznik do automatycznie uznawanej licencji załogi lotniczej wydanej zgodnie z załącznikiem 1 do konwencji chicagowskiej, wymieniony w pkt XIII licencji załogi lotniczej;
- (23) „przewodnik do testów kwalifikacyjnych (ang. qualification test guide, QTG)” oznacza dokument sporządzony do celów wykazania, że osiągi i właściwości użytkowe FSTD odpowiadają charakterystykom statku powietrznego, klasie samolotu lub typowi śmigłowca, które są symulowane przez to urządzenie w wyznaczonych granicach, a także że wszystkie obowiązujące wymagania zostały spełnione. QTG zawiera zarówno dane statku powietrznego, klasę samolotu lub typ śmigłowca, jak i dane FSTD wykorzystywane w procesie testów dowodowych;

4 Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/395 z dnia 13 marca 2018 r. ustanawiające szczegółowe przepisy dotyczące eksploatacji balonów zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 (Dz.U. L 71 z 14.3.2018, s. 10).

5 Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2018/1976 z dnia 14 grudnia 2018 r. ustanawiające szczegółowe przepisy dotyczące eksploatacji szybowców na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1139 (Dz.U. L 326 z 20.12.2018, s. 64).

- (24) „zadeklarowana organizacja szkolenia (ang. declared training organisation, DTO)” oznacza organizację, która jest uprawniona do prowadzenia szkolenia pilotów na podstawie deklaracji złożonej zgodnie z art. 10a ust. 1 akapit drugi;
- (25) „program szkolenia DTO” oznacza dokument sporządzony przez daną DTO i przedstawiający szczegółowo prowadzone przez nią kursy szkoleniowe.

GM1 do Artykułu 2 Definicje

Decyzja ED 2018/009/R

Poniżej przedstawiono listę akronimów stosowanych w niniejszych AMC/GM do rozporządzenia (UE) nr 1178/2011:

(A)	aeroplane	samolot
(H)	helicopter	śmigłowiec
A/C	aircraft	statek powietrzny
ACAS	airborne collision avoidance system	pokładowy system zapobiegania kolizjom
AeMC	aero-medical centre	ośrodek medycyny lotniczej
ALARP	as low as reasonably practicable	tak nisko jak to praktycznie możliwe
AMC	acceptable means of compliance	akceptowalne sposoby potwierdzania spełnienia wymagań
AME	aero-medical examiner	lekarz orzecznik medycyny lotniczej
APU	auxiliary power unit	agregat pomocniczy
ARA	authority requirements for aircrew	wymagania w stosunku do władzy lotniczej w odniesieniu do załóg lotniczych
ATO	approved training organisation	zatwierdzona organizacja szkolenia
ATPL	airline transport pilot licence	licencja pilota liniowego
BITD	basic instrument training device	urządzenie do podstawowego szkolenia w lotach według wskazań przyrządów
bpm	beats per minute	uderzenia na minutę
CAT	category	kategoria
CC	cabin crew	personel pokładowy
cm	centimetre	centymetr
CPL	commercial pilot licence	licencja pilota zawodowego
CS	certification specification	specyfikacja certyfikacyjna
CS-FSTD(A)	Certification Specifications for Aeroplane Flight Simulation Training Devices	specyfikacje certyfikacyjne dla samolotowych szkoleniowych urządzeń symulacji lotu
CS-FSTD(H)	Certification Specifications for Helicopter Flight Simulation Training Devices	specyfikacje certyfikacyjne dla śmigłowcowych szkoleniowych urządzeń symulacji lotu
Db	decibel	decybel
DH	decision height	wysokość decyzji
DPATO	defined point after take-off	wymagana długość startu przerwane
DPBL	defined point before landing	zdefiniowany punkt przed lądowaniem
EC	European Community	Wspólnota Europejska
ECG	electrocardiogram	elektrokardiogram
ENT	ear, nose and throat	ucho, nos i gardło
EOG	electro-oculography	elektrookulografia

ETOPS	extended-range twin-engine operation performance standard	operacje o wydłużonym zasięgu wykonywane przez samoloty o dwóch jednostkach napędowych
EU	European Union	Unia Europejska
FANS	future air navigation system	system żeglugi powietrznej przyszłości
FD	flight director	układ nakazu lotu
FEV1	forced expiratory volume in 1 second	natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa
FFS	full flight simulator	pełny symulator lotu
FMECA	failure mode, effects and criticality analysis	tryb awaryjny, analiza konsekwencji i krytyczności
FMGC	flight management and guidance computer	komputer zarządzania lotem
FMS	flight management system	system zarządzania lotem
FNPT	flight and navigation procedures trainer	urządzenie do ćwiczenia procedur lotu i nawigacyjnych
FSTD	flight simulation training device	szkoleniowe urządzenie symulacji lotu
FTD	flight training device	urządzenie do szkolenia lotniczego
FTE	full-time equivalent	w pełnym wymiarze godzin
ft	feet	stopy
FVC	forced vital capacity	natężona pojemność życiowa
GM	guidance material	materiały zawierające wytyczne
GPS	global positioning system	globalny system pozycyjny
HF	human factors	czynniki ludzkie
Hg	mercury	rtęć
HUD/HUG S	head-up display/head-up guidance system	wskaźnik przezierny/system kierowania wyświetlany powyżej linii głowy pilota
Hz	Herz	Herc
IATA	International Air Transport Association	Międzynarodowe Stowarzyszenie Transportu Lotniczego
ICAO	International Civil Aviation Organisation	Organizacja Międzynarodowego Lotnictwa Cywilnego
IGE	in ground effect	w zasięgu wpływu ziemi
ILS	instrument landing system	system lądowania według wskazań przyrządów
IOS	instructor operating station	stanowisko instruktora
IR	implementing rule	przepisy wykonawcze
IR	instrument rating	uprawnienie do wykonywania lotów według wskazań przyrządów
kg	kilogram	kilogram
LDP	landing decision point	punkt decyzji o lądowaniu
LVTO	low-visibility take-off	start przy małej widzialności
m	metre	metr
mm	millimetre	milimetr
OGE	out of ground effect	bez wpływu ziemi
ORA	organisation requirements for aircrew	wymagania w stosunku do organizacji szkolenia w odniesieniu do załogi lotniczej
ORO	organisation requirements for air operations	wymagania organizacyjne dla operacji lotniczych
OSD	operational suitability data	dane zgodności operacyjnej
QTG	qualification test guide	wytyczne dla testów kwalifikacyjnych

POM	proof of match	dowód zgodności
ROD	rate of descent	pionowa prędkość zniżania
RVR	runway visual range	zasięg widzenia wzdłuż drogi startowej
TDP	take-off decision point	punkt decyzji przy starcie
VDR	validation data roadmap	plan danych walidacyjnych

Artykuł 3 – Wydawanie licencji i orzeczeń lekarskich pilotom

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

1. Bez uszczerbku dla rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2020/7236, piloci statków powietrznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 lit. b) ppkt (i) oraz (ii) rozporządzenia (UE) 2018/1139, muszą stosować się do wymagań technicznych i procedur administracyjnych określonych w załączniku I i w załączniku IV do niniejszego rozporządzenia.
2. Niezależnie od uprawnień posiadaczy licencji określonych w załączniku I do niniejszego rozporządzenia, posiadacze licencji pilota wydanych zgodnie z podczęścią B lub C załącznika I do niniejszego rozporządzenia mogą wykonywać loty, o których mowa w art. 6 ust. 4a rozporządzenia (UE) nr 965/2012. Pozostaje to bez uszczerbku dla obowiązku spełnienia wszelkich dodatkowych wymagań dotyczących przewozu pasażerów lub prowadzenia operacji zarobkowych określonych w podczęściach B lub C załącznika I do niniejszego rozporządzenia.

Artykuł 3a – Środki przejściowe dotyczące protokołów ocen lekarskich stosowane zgodnie z pkt ARA.MED.330 załącznika VI (część ARA) oraz orzeczenia lekarskie wydane na ich podstawie

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

1. Właściwe organy uczestniczące w sporządzaniu protokołów oceny medycznej lub pragnące uzupełnić istniejący protokół oceny medycznej, zgodnie z pkt ARA.MED.330 załącznika VI (część ARA), mającym zastosowanie przed dniem 13 lutego 2025 r. mogą nadal stosować odpowiedni protokół lub uzupełnić go do końca jego ważności, jeżeli jego termin ważności ustalono przed dniem 13 sierpnia 2024 r.
2. Posiadacze orzeczeń lekarskich wydanych zgodnie z protokołami oceny lekarskiej, o których mowa w ust. 1, mogą korzystać z przywilejów wynikających z licencji pilota na podstawie swoich orzeczeń lekarskich, o ile nadal obowiązuje odpowiedni protokół oceny lekarskiej zgodnie z ust. 1.

6 Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2020/723 z dnia 4 marca 2020 r. określające szczegółowe przepisy dotyczące akceptowania licencji pilotów wydanych przez państwo trzecie i zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1178/2011 (Dz.U. L 170 z 2.6.2020, s. 1, ELI: http://data.europa.eu/eli/reg_del/2020/723/oj)

Artykuł 4 – Dotychczasowe krajowe licencje pilotów

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

1. *[Usunięto]*
2. Licencje pilota niezgodne z JAR, w tym wszelkie towarzyszące uprawnienia, certyfikaty, upoważnienia lub kwalifikacje, wydane lub uznane przez państwo członkowskie przed datą stosowania niniejszego rozporządzenia, podlegają konwersji na licencje zgodne z częścią FCL przez państwo członkowskie, które wydało daną licencję.
3. Licencje pilota niezgodne z JAR podlegają konwersji na licencje zgodne z częścią FCL oraz towarzyszące uprawnienia, upoważnienia lub certyfikaty zgodnie z:
 - (a) przepisami załącznika II; lub
 - (b) elementami określonymi w raporcie konwersji.
4. Raport konwersji:
 - (a) jest sporządzany przez państwo członkowskie, które wydało licencję pilota, w porozumieniu z Europejską Agencją Bezpieczeństwa Lotniczego („Agencją”);
 - (b) opisuje krajowe wymagania, na podstawie których wydano krajowe licencje pilota;
 - (c) opisuje zakres uprawnień przyznanych pilotom;
 - (d) wskazuje, które wymagania załącznika I mają zostać zaliczone;
 - (e) wskazuje wszelkie ograniczenia, które należy uwzględnić w licencjach zgodnych z częścią FCL, oraz wszelkie wymagania, które pilot musi spełnić, aby ograniczenia te zostały zniesione.
5. Raport konwersji zawiera kopie wszelkich dokumentów potwierdzających elementy określone w ust. 4 lit. a)–e), wraz z kopiami stosownych krajowych wymogów i procedur. Podczas opracowywania raportu konwersji państwa członkowskie starają się umożliwić pilotom, w największym możliwym stopniu, utrzymanie ich aktualnego zakresu zadań.
6. Niezależnie od przepisów ust. 3, uprawnienia na statki powietrzne complex o wysokich osiąгах z załogą jednoosobową, przysługujące posiadaczom uprawnień instruktora lub upoważnień egzaminatora na klasę, podlegają konwersji na uprawnienia instruktora lub upoważnienia egzaminatora na typ dla samolotów z załogą jednoosobową.
7. Państwo członkowskie może zezwolić uczniom-pilotom, którzy odbywają szkolenia LAPL, na korzystanie z ograniczonych uprawnień bez nadzoru, zanim spełnią oni wszystkie wymogi konieczne do wydania licencji LAPL, na następujących warunkach:
 - (a) zakres uprawnień jest oparty na ocenie ryzyka w zakresie bezpieczeństwa przeprowadzanej przez państwo członkowskie, z uwzględnieniem zakresu

niezbędnych szkoleń, które pilot musi odbyć w celu osiągnięcia odpowiedniego poziomu kompetencji;

- (b) uprawnienia są ograniczone do:
 - (i) całego lub części terytorium państwa członkowskiego udzielającego zezwolenia;
 - (ii) statków powietrznych zarejestrowanych w państwie członkowskim udzielającym zezwolenia;
 - (iii) samoloty SEP i śmigłowce SEP, o maksymalnej masie startowej nieprzekraczającej 2 000 kg;
- (c) za szkolenia odbyte w ramach zezwolenia posiadacz takiego zezwolenia, który występuje o wydanie licencji LAPL, otrzymuje zaliczenia za szkolenia, które to zaliczenia są określane przez państwo członkowskie na podstawie rekomendacji ATO lub DTO;
- (d) co trzy lata państwo członkowskie przedkłada Komisji i Agencji okresowe sprawozdania i oceny ryzyka w zakresie bezpieczeństwa;
- (e) państwa członkowskie monitorują wykorzystanie zezwoleń wydanych na mocy niniejszego ustępu w celu zapewnienia akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa lotniczego i podejmują stosowne działania w wypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka w zakresie bezpieczeństwa lub jakichkolwiek zagrożeń bezpieczeństwa.

8. Do dnia 8 września 2021 r. państwo członkowskie może wydawać pilotom zezwolenia z określonymi ograniczonymi uprawnieniami do pilotowania samolotów według wskazań przyrządów, zanim spełnią oni wszystkie wymagania konieczne do wydania uprawnienia do wykonywania lotów według wskazań przyrządów zgodnie z niniejszym rozporządzeniem, z zastrzeżeniem następujących warunków:

- (a) państwo członkowskie może wydawać takie zezwolenia tylko wtedy, gdy jest to uzasadnione szczególną lokalną potrzebą, która nie może zostać spełniona w oparciu o uprawnienia wydane na podstawie niniejszego rozporządzenia;
- (b) zakres uprawnień przyznanych w ramach zezwolenia jest oparty na ocenie ryzyka w zakresie bezpieczeństwa przeprowadzanej przez państwo członkowskie, z uwzględnieniem zakresu niezbędnych szkoleń, które pilot musi odbyć w celu uzyskania odpowiedniego poziomu kompetencji;
- (c) uprawnienia przyznane w ramach zezwolenia są ograniczone do przestrzeni powietrznej danego państwa członkowskiego lub jej części;
- (d) zezwolenie wydaje się kandydatom, którzy ukończyli odpowiednie szkolenie prowadzone przez wykwalifikowanych instruktorów i którzy wykazali się wymaganymi kompetencjami przed wykwalifikowanym egzaminatorem, zgodnie z ustaleniami danego państwa członkowskiego;
- (e) państwo członkowskie przekazuje Komisji, EASA i pozostałym państwom członkowskim szczegółowe informacje na temat przedmiotowego zezwolenia, wraz z uzasadnieniem i oceną ryzyka w zakresie bezpieczeństwa;

- (f) państwo członkowskie monitoruje działania związane z zezwoleniem w celu zapewnienia możliwego do zaakceptowania poziomu bezpieczeństwa oraz podejmuje stosowne działania w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka lub jakichkolwiek zagrożeń bezpieczeństwa;
 - (g) państwo członkowskie dokonuje przeglądu kwestii bezpieczeństwa związanych z realizacją zezwolenia oraz do dnia 8 kwietnia 2017 r. przedstawia Komisji sprawozdanie na ten temat.
9. W przypadku licencji wydanych przed dniem 19 sierpnia 2018 r. państwa członkowskie muszą spełnić wymogi określone w ARA.FCL.200 lit. a) akapit drugi zmienione rozporządzeniem Komisji (UE) 2018/10657 najpóźniej do dnia 31 grudnia 2022 r.

Artykuł 4a – Uprawnienia do wykonywania lotów według wskazań przyrządów w nawigacji w oparciu o charakterystyki systemów

Rozporządzenie (UE) 2016/539

1. Piloci mogą wykonywać loty zgodnie z procedurami nawigacji w oparciu o charakterystyki systemów („PBN”), jedynie w przypadku gdy uzyskali uprawnienia PBN wpisane do ich uprawnień do wykonywania lotów według wskazań przyrządów („IR”).
2. Pilot uzyskuje uprawnienia PBN, jeżeli spełnia wszystkie poniższe wymogi:
 - (a) pilot ukończył z wynikiem pozytywnym kurs wiedzy teoretycznej obejmujący PBN, zgodnie z FCL.615 załącznika I (część FCL);
 - (b) pilot ukończył z wynikiem pozytywnym szkolenie lotnicze, z uwzględnieniem PBN, zgodnie z FCL.615 załącznika I (część FCL);
 - (c) pilot zdał egzamin praktyczny zgodnie z dodatkiem 7 do załącznika I (część FCL) bądź egzamin praktyczny lub kontrolę umiejętności zgodnie z dodatkiem 9 do załącznika I (część FCL).
3. Wymogi określone w ust. 2 lit. a) i b) uznaje się za spełnione, jeżeli właściwy organ uzna, że kompetencje nabyte w wyniku szkolenia lub dzięki znajomości operacji PBN są równoważne kompetencjom nabytym w wyniku kursów, o których mowa w ust. 2 lit. a) i b), a pilot wykaże takie kompetencje w stopniu zadowalającym egzaminatora w trakcie kontroli umiejętności lub egzaminu praktycznego, o których mowa w ust. 2 lit. c).
4. Zapis udanego wykazania kompetencji w zakresie PBN, po zakończeniu egzaminu praktycznego lub kontroli umiejętności, o których mowa w ust. 2 lit. c), musi być umieszczony w książce lotów pilota lub równoważnym dokumencie oraz podpisany przez egzaminatora, który przeprowadził egzamin lub kontrolę.
5. Piloci z uprawnieniami IR nieposiadający uprawnień PBN mogą do dnia 25 sierpnia 2020 r. wykonywać loty jedynie na trasach i dla podejść, które nie wymagają uprawnień PBN, a do wznowienia ich uprawnień IR nie są potrzebne żadne wpisy

7 Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/1065 z dnia 27 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1178/2011 w odniesieniu do automatycznego uznawania unijnych licencji załogi lotniczej oraz szkolenia w zakresie startu i lądowania (Dz.U. L 192 z 30.7.2018, s. 31).

dotyczące PBN; po tym terminie uprawnienia PBN będą wymagane dla wszystkich uprawnień IR.

Artykuł 4b – Szkolenie w zakresie zapobiegania sytuacjom krytycznym i wyprowadzania samolotu z takich sytuacji

Rozporządzenie (UE) 2018/1974

1. Szkolenie z zakresu zapobiegania sytuacjom krytycznym i wyprowadzania samolotu z takich sytuacji powinno stać się obowiązkową częścią szkolenia na licencję pilota w załodze wieloosobowej (MPL), zintegrowanego szkolenia pilotów w dziedzinie transportu lotniczego na samoloty (ATP(A)), szkolenia na licencję pilota zawodowego na samoloty (CPL(A)) oraz szkolenia w zakresie uprawnień na klasę lub typ samolotu na:
 - (a) samoloty z załogą jednoosobową eksploatowane w operacjach w załodze wieloosobowej;
 - (b) samoloty complex o przeciętnych osiągnięciach z załogą jednoosobową;
 - (c) samoloty complex o wysokich osiągnięciach z załogą jednoosobową; lub
 - (d) samoloty z załogą wieloosobową;zgodnie z załącznikiem I (część FCL).
2. W przypadku szkoleń, o których mowa w ust. 1, rozpoczętych przed dniem 20 grudnia 2019 r. w zatwierdzonym ośrodku szkolenia, szkolenie w zakresie zapobiegania sytuacjom krytycznym i wyprowadzania samolotu z takich sytuacji nie jest obowiązkowe, pod warunkiem że:
 - (a) szkolenie na CPL(A), ATP(A) lub MPL jest realizowane zgodnie z pozostałymi wymogami załącznika I (część FCL), a egzamin praktyczny zostanie przeprowadzony zgodnie z pkt FCL.320 (CPL), FCL.620 (IR) lub FCL.415.A (MPL) załącznika I (część FCL) i najpóźniej do dnia 20 grudnia 2021 r.; lub
 - (b) szkolenie w zakresie uprawnień na typ jest realizowane zgodnie z pozostałymi wymogami załącznika I (część FCL), a egzamin praktyczny zostanie przeprowadzony zgodnie z akapitem drugim lit. c) FCL.725 załącznika I (część FCL) do niniejszego rozporządzenia i najpóźniej do dnia 20 grudnia 2021 r.

Do celów ust. 1 właściwy organ może, na podstawie własnej oceny i zalecenia zatwierdzonego ośrodka szkolenia, uznawać wszelkie szkolenia z zakresu zapobiegania sytuacjom krytycznym i wyprowadzania samolotu z takich sytuacji ukończone przed dniem 20 grudnia 2019 r. zgodnie z krajowymi wymogami w zakresie szkolenia.

Artykuł 4c - Środki przejściowe dla posiadaczy uprawnień do wykonywania lotów według wskazań przyrządów na trasie

Rozporządzenie (UE) 2021/2227

1. Do dnia 8 września 2022 r. włącznie posiadacze uprawnień do wykonywania lotów według wskazań przyrządów na trasie (EIR), określonego w pkt FCL.825 załącznika I (część FCL):
 - (a) są uprawnieni do dalszego korzystania z przywilejów wynikających z EIR;
 - (b) nadal są uprawnieni do przedłużenia lub wznowienia EIR zgodnie z pkt FCL.825 lit. g) załącznika I (część FCL);
 - (c) przy składaniu wniosku o wydanie podstawowego uprawnienia do wykonywania lotów według wskazań przyrządów (BIR) zgodnie z pkt FCL.835 załącznika I (część FCL) są uprawnieni do otrzymania pełnego zaliczenia na poczet wymogów szkoleniowych określonych w pkt FCL.835 lit. c) pkt 2 ppkt (i) oraz (iii) załącznika I (część FCL); oraz
 - (d) nadal są uprawnieni do otrzymania pełnego zaliczenia, jak określono w odniesieniu do posiadaczy EIR w załączniku I (część FCL).
2. Od dnia 8 września 2021 r. kursy szkoleniowe na EIR, o których mowa w ust. 1, rozpoczęte przed tą datą, mogą być kontynuowane i są traktowane jako kursy szkoleniowe na BIR. Na podstawie oceny sytuacji wnioskodawcy zatwierdzona organizacja szkoleniowa odpowiedzialna za kurs szkoleniowy BIR określa, jaka część szkolenia EIR zostanie zaliczona na poczet BIR.
3. Wnioskodawcom ubiegającym się o BIR, którzy są posiadaczami EIR lub zdali egzamin z wiedzy teoretycznej na EIR zgodnie z pkt FCL.825 lit. d) przed dniem 8 września 2021 r., w pełni zalicza się wymogi dotyczące szkolenia teoretycznego i egzaminu z wiedzy teoretycznej na potrzeby BIR.

Artykuł 4d - Środki przejściowe dotyczące przywilejów wynikających z uprawnień do wykonywania lotów według wskazań przyrządów na śmigłowce jednosilnikowe

Rozporządzenie (UE) 2021/2227

Nie naruszając przepisów pkt FCL.630.H załącznika I (część FCL) do niniejszego rozporządzenia, zastosowanie mają wszystkie poniższe kryteria:

1. Uprawnienia do wykonywania lotów według wskazań przyrządów na śmigłowce (IR(H)) wydane zgodnie z załącznikiem I (część FCL) do niniejszego rozporządzenia przed dniem 30 października 2022 r. uznaje się za uprawnienia IR(H) zarówno na śmigłowce jednosilnikowe, jak i wielosilnikowe, i przy ponownym wydaniu licencji pilota śmigłowca ze względów administracyjnych wydaje się je ponownie jako takie uprawnienie IR(H).
2. Kandydat, który przed dniem 30 października 2022 r. rozpoczął szkolenie IR(H) na śmigłowce jednosilnikowe lub wielosilnikowe, ma prawo ukończyć to szkolenie i w takim przypadku uzyskuje uprawnienie IR(H) zarówno na śmigłowce jednosilnikowe, jak i wielosilnikowe.

**Artykuł 4e - Środki przejściowe dotyczące szkolenia,
egzaminowania i kontroli umiejętności związanych z operacjami
w załodze wieloosobowej na śmigłowcach z załogą
jednoosobową**

Rozporządzenie (UE) 2021/2227

1. Państwa członkowskie mogą podjąć decyzję o przyznaniu przywilejów dotyczących prowadzenia konkretnych szkoleń, egzaminów praktycznych i kontroli umiejętności w operacjach w załodze wieloosobowej na śmigłowcach z załogą jednoosobową wnioskodawcom, którzy spełniają wszystkie poniższe warunki:
 - (a) posiadają, stosownie do przypadku, certyfikat instruktora lub certyfikat egzaminatora wydany zgodnie z załącznikiem I (część FCL) do niniejszego rozporządzenia, w tym przywileje dotyczące prowadzenia szkolenia lub egzaminowania, stosownie do przypadku, na odpowiednim typie śmigłowca;
 - (b) ukończyli szkolenie określone w części FCL pkt FCL.735.H;
 - (c) mają według właściwego organu tego państwa członkowskiego wystarczające doświadczenie w operacjach w załodze wieloosobowej na śmigłowcach.
2. Przywileje wydane zgodnie z ust. 1 zachowują ważność do dnia 30 października 2025 r. W celu przedłużenia przywilejów kandydat musi spełnić wymagania dotyczące doświadczenia w zakresie przywilejów instruktora i egzaminatora, w związku z operacjami w załodze wieloosobowej na śmigłowcach z załogą jednoosobową, jak określono w części FCL.

Artykuł 4f - Uprawnienia na typ VCA

Rozporządzenie (UE) 2024/1111

1. Kandydaci posiadający licencję pilota zawodowego na samoloty (CPL(A)) lub śmigłowce (CPL(H)) zgodnie z załącznikiem I (część FCL) mają prawo uzyskania uprawnienia na typ VCA i korzystania z przywilejów wynikających z takiego uprawnienia na typ, pod warunkiem przestrzegania:
 - (a) warunków wstępnych określonych w danych dotyczących zgodności operacyjnej ustalonych zgodnie z załącznikiem I (część 21) do rozporządzenia (UE) nr 748/2012;
 - (b) podczęści H sekcja 1 załącznika I (część FCL) oraz przepisów niniejszego artykułu.
2. Egzamin z wiedzy teoretycznej ma formę pisemną, przy czym liczba pytań wielokrotnego wyboru zależy od stopnia złożoności statku powietrznego.
3. Szkolenie w zakresie uprawnienia na typ, egzaminy praktyczne i kontrole umiejętności dotyczące statków powietrznych, o których mowa w ust. 1:
 - (a) spełniają wymagania określone w następujących sekcjach dodatku 9 do załącznika I (część FCL):

- (i) w sekcji A;
 - (ii) w sekcjach B, C lub D, zgodnie, o ile nie określono inaczej, z danymi dotyczącymi zgodności operacyjnej ustalonymi zgodnie z załącznikiem I (część 21) do rozporządzenia (UE) nr 748/2012; oraz
 - (b) obejmują, na warunkach i w zakresie określonym w danych dotyczących zgodności operacyjnej ustalonych zgodnie z załącznikiem I (część 21) do rozporządzenia (UE) nr 748/2012, dodatkowe szkolenie i egzaminowanie w celu umożliwienia kandydatom uzyskania kompetencji do pilotowania odpowiednich VCA.
4. Na zasadzie odstępstwa od powyższych ustępów kandydatom posiadającym licencję CPL(A) lub CPL(H), uczestniczącym w próbach w locie dotyczących określonego typu VCA, wydaje się uprawnienie na typ tego statku powietrznego, jeżeli:
- (a) spełniają warunki lotu w odniesieniu do pełnienia funkcji pilota doświadczalnego odpowiedniego typu VCA, ustanowione zgodnie z załącznikiem I (część 21) do rozporządzenia (UE) nr 748/2012;
 - (b) wykonali albo 50 godzin całkowitego czasu lotu, albo 10 godzin czasu lotu w charakterze pilota dowódcy w ramach prób w locie na odpowiednim typie VCA;
 - (c) spełniają warunki wstępne, o których mowa w ust. 1 lit. a).
5. Okres ważności uprawnień na typ wydanych zgodnie z niniejszym artykułem wynosi 1 rok. Posiadacze tych uprawnień wykonują wszystkie następujące czynności:
- (a) w celu przedłużenia uprawnienia na typ:
 - (i) w okresie ważności uprawnienia wykonują co najmniej 2 godziny czasu lotu w charakterze pilota odpowiedniego typu VCA;
 - (ii) w okresie 3 miesięcy bezpośrednio poprzedzających wygaśnięcie uprawnienia oraz w odpowiednim typie VCA lub na urządzeniu FSTD odpowiadającym temu statkowi powietrznemu zaliczają kontrolę umiejętności zgodnie z ust. 3, której czas trwania można zaliczyć na poczet czasu lotu określonego w lit. a) ppkt (i). Jeżeli kandydat zdecyduje się zaliczyć kontrolę umiejętności wcześniej niż w ciągu tych 3 miesięcy, nowy okres ważności rozpoczyna się od daty kontroli umiejętności;
 - (b) w celu wznowienia uprawnienia na typ spełniają wymogi określone w pkt FCL.740 lit. b) załącznika I (część FCL).
6. Posiadacze licencji i uprawnienia na typ, o których mowa w ust. 1, są uprawnieni do pilotowania odpowiednich VCA według wskazań przyrządów, pod warunkiem że spełniają wszystkie poniższe warunki:
- (a) posiadają, w zależności od przypadku, uprawnienia IR(A) lub IR(H);
 - (b) zaliczyli w odpowiednim typie VCA egzamin praktyczny lub kontrolę umiejętności, w zależności od przypadku, zgodnie z ust. 3, obejmujące zakres szkolenia istotny dla wykonywania lotów według wskazań przyrządów.

7. Niezależnie od pkt FCL.900 lit. b) załącznika I (część FCL), kandydatom posiadającym uprawnienie instruktorskie zgodnie z załącznikiem I (część FCL) umożliwiające prowadzenie szkolenia na typ samolotu lub śmigłowca przyznaje się prawo do prowadzenia szkolenia w zakresie uprawnień na typ określonych w ust. 1, pod warunkiem że:
- (a) posiadają uprawnienie na typ zgodnie z ust. 1 dotyczące odpowiedniego typu VCA;
 - (b) o ile nie określono inaczej w danych dotyczących zgodności operacyjnej ustalonych zgodnie z załącznikiem I (część 21) do rozporządzenia (UE) nr 748/2012, w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku wykonali co najmniej 30 odcinków trasy, wraz ze startami i lądowaniami, w charakterze pilota dowódcy w odpowiednim typie VCA, z czego 15 odcinków trasy można wykonać w FSTD odpowiadającym temu typowi VCA;
 - (c) ukończyli w ATO szkolenie teoretyczne i praktyczne rozszerzające przywileje instruktora na dany typ VCA, obejmujące obowiązkowe elementy szkolenia określone w danych dotyczących zgodności operacyjnej ustalonych zgodnie z załącznikiem I (część 21) do rozporządzenia (UE) nr 748/2012;
 - (d) zaliczyli odpowiednie sekcje oceny kompetencji zgodnie z pkt FCL.935 załącznika I (część FCL).
- Na zasadzie odstępstwa od lit. b), c) i d) kandydatom posiadającym uprawnienie TRI(A) lub uprawnienie TRI(H), którym wydano uprawnienie na typ VCA zgodnie z ust. 4, przyznaje się rozszerzenie przysługujących im przywilejów TRI na dany typ VCA.
8. Posiadaczom przywilejów instruktora, o których mowa w ust. 7, przyznaje się przedłużenie lub wznowienie tych przywilejów, stosownie do przypadku, jeżeli spełniają odpowiednie wymogi dotyczące przedłużenia lub wznowienia określone w podczęści J załącznika I (część FCL), mające zastosowanie do posiadanego certyfikatu instruktora, i wykonali dodatkowo jedno z następujących działań:
- (a) ukończyli w ATO instruktorskie szkolenie odświeżające poświęcone przywilejom określonym w ust. 7;
 - (b) zaliczyli odpowiednie sekcje oceny kompetencji zgodnie z pkt FCL.935 załącznika I (część FCL) w odpowiednim typie VCA określonym w ust. 1 lub w FSTD odpowiadającym temu typowi.
9. Niezależnie od pkt FCL.1000 lit. b) załącznika I (część FCL), kandydatom posiadającym upoważnienia egzaminatora zgodnie z załącznikiem I (część FCL) umożliwiające występowanie w roli egzaminatora w odniesieniu do uprawnień na typ samolotu lub śmigłowca przyznaje się przywileje do przeprowadzania egzaminów praktycznych i kontroli umiejętności na typ VCA określony w ust. 1, pod warunkiem że posiadają przywileje instruktora, zgodnie z ust. 7, na odpowiedni typ VCA i wykonają wszystkie poniższe działania w odpowiednim typie VCA lub w urządzeniu FSTD odpowiadającym temu typowi:
- (a) ukończą kurs standaryzacyjny na egzaminatora zgodnie z pkt FCL.1015 załącznika I (część FCL), w tym przeprowadzą co najmniej jeden egzamin praktyczny lub kontrolę umiejętności;
 - (b) zaliczą odpowiednie sekcje oceny kompetencji zgodnie z pkt FCL.1020 załącznika I (część FCL).

10. Posiadaczom przywilejów egzaminatora, o których mowa w ust. 9, przyznaje się przedłużenie lub wznowienie tych przywilejów, stosownie do przypadku, jeżeli spełniają wymogi określone w odpowiednich częściach pkt FCL.1025 załącznika I (część FCL) i wykonali dodatkowo jedno z następujących działań:
- (a) ukończyli szkolenie odświeżające dla egzaminatorów, zgodnie z pkt FCL.1025 lit. b) ust. 2 załącznika I (część FCL), poświęcone przywilejom określonym w ust. 9;
 - (b) zaliczyli odpowiednie sekcje oceny kompetencji zgodnie z pkt FCL.1020 załącznika I (część FCL) w odpowiednim typie VCA lub w FSTD odpowiadającym temu typowi.

Artykuł 4h - Środki przejściowe dla posiadaczy uprawnień do wykonywania lotów w terenie górzystym

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

Posiadacze uprawnień do wykonywania lotów w terenie górzystym, wydanych przed dniem 13 sierpnia 2024 r. z datą wygaśnięcia zatwierdzoną zgodnie z pkt FCL.815 załącznika I, aby dalej korzystać ze swoich przywilejów po tej dacie podejmują następujące kroki:

- (a) właściwy organ ponownie wydał ich uprawnienie do wykonywania lotów w terenie górzystym bez daty wygaśnięcia;
- (b) spełniają wymogi pkt FCL.815 lit. d) załącznika I, chyba że w ciągu poprzednich dwóch lat przedłużyli swoje uprawnienia do wykonywania lotów w terenie górzystym zgodnie z pkt FCL.815 lit. e) załącznika I mającym zastosowanie do dnia 12 sierpnia 2024 r.

Artykuł 5

Rozporządzenie (UE) 2019/1747

[Usunięty]

Artykuł 6 – Konwersja kwalifikacji pilota doświadczalnego

Rozporządzenie (UE) nr 1178/2011

1. Kwalifikacje pilota doświadczalnego posiadane przez pilotów, którzy przed datą stosowania niniejszego rozporządzenia przeprowadzali próby w locie kategorii 1 i 2 określone w załączniku do rozporządzenia Komisji (WE) nr 1702/20038, bądź prowadzili szkolenie dla pilotów doświadczalnych, podlegają konwersji na uprawnienia pilota doświadczalnego zgodnie z załącznikiem I do niniejszego rozporządzenia oraz, w stosownych przypadkach, na uprawnienia instruktora

szkolenia pilotów doświadczalnych przez państwo członkowskie, które nadało te krajowe kwalifikacje pilota doświadczalnego.

2. Przedmiotowa konwersja odbywa się zgodnie z elementami ustalonymi w raporcie konwersji spełniającym wymogi określone w art. 4 ust. 4 i 5.

Artykuł 7 – Dotychczasowe krajowe licencje mechanika pokładowego

Rozporządzenie (UE) nr 1178/2011

1. Posiadacze licencji mechanika pokładowego wydanych zgodnie z załącznikiem 1 do konwencji chicagowskiej, pragnący dokonać ich konwersji na licencje zgodne z częścią FCL, zwracają się z wnioskiem do państwa członkowskiego, które wydało ich licencje.
2. Licencje mechanika pokładowego podlegają konwersji na licencje zgodne z częścią FCL zgodnie z raportem konwersji spełniającym wymogi określone w art. 4 ust. 4 i 5.
3. W przypadku ubiegania się o wydanie licencji pilota liniowego (ATPL – Airline Transport Pilot Licence) muszą zostać spełnione wymogi dotyczące zaliczania określone w FCL.510.A lit. c) pkt 2 w załączniku I.

Artykuł 8

Rozporządzenie (UE) 2020/723

[Usunięty przez rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2020/723]

Artykuł 9 – Zaliczanie szkoleń rozpoczętych przed datą stosowania niniejszego rozporządzenia

Rozporządzenie (UE) 2019/1747

1. Szkolenia rozpoczęte przed datą stosowania niniejszego rozporządzenia zgodnie z wymaganiami i procedurami JAR, pod nadzorem regulacyjnym państwa członkowskiego, które uzyskało rekomendację dotyczącą wzajemnego uznawania w ramach systemu Wspólnych Władz Lotniczych w odniesieniu do odpowiednich JAR, są w pełni zaliczane na poczet wydania licencji zgodnych z częścią FCL zgodnie z załącznikiem I, pod warunkiem że szkolenie i egzaminowanie zakończy się najpóźniej do dnia 8 kwietnia 2016 r., a licencja zgodna z częścią FCL zostanie wydana najpóźniej do dnia 1 kwietnia 2020 r.
2. Szkolenia rozpoczęte przed datą stosowania niniejszego rozporządzenia zgodnie z załącznikiem 1 do konwencji chicagowskiej są zaliczane na potrzeby wydania licencji zgodnych z częścią FCL na podstawie raportu zaliczenia sporządzonego przez państwo członkowskie w porozumieniu z Agencją.
3. Raport zaliczenia opisuje zakres szkolenia, wskazuje, jakie wymagania licencji zgodnych z częścią FCL są zaliczane oraz, w stosownych przypadkach, jakie wymagania muszą spełnić osoby wnioskujące o wydanie licencji zgodnych z częścią FCL. Raport zawiera kopie wszystkich dokumentów potwierdzających zakres

szkolenia oraz krajowych regulacji i procedur, zgodnie z którymi rozpoczęto szkolenie.

Artykuł 9a – Szkolenie w zakresie uprawnień na typ i dane dotyczące zgodności operacyjnej

Rozporządzenie (UE) nr 70/2014

1. W przypadku występujących w załącznikach do niniejszego rozporządzenia odesłań do danych dotyczących zgodności operacyjnej ustalonych zgodnie z rozporządzeniem (UE) nr 748/2012, w sytuacji gdy dane te nie są dostępne w odniesieniu do danego typu statku powietrznego, wnioskujący o udział w szkoleniu w zakresie uprawnień na typ ma obowiązek spełnić wyłącznie wymagania określone w załącznikach do rozporządzenia (UE) nr 1178/2011.
2. W szkoleniach w zakresie uprawnień na typ zatwierdzonych przed zatwierdzeniem minimalnego programu szkolenia kwalifikującego do uzyskania uprawnień pilota, zawartego w danych dotyczących zgodności operacyjnej w odniesieniu do danego typu statku powietrznego ustalonych zgodnie z rozporządzeniem (UE) nr 748/2012, uwzględnia się obowiązkowe elementy szkolenia w terminie nie późniejszym niż dzień 18 grudnia 2017 r. lub w ciągu dwóch lat od daty zatwierdzenia danych dotyczących zgodności operacyjnej, w zależności od tego, która data jest późniejsza.

Artykuł 10 – Zaliczanie licencji pilota uzyskanych w trakcie służby wojskowej

Rozporządzenie (UE) nr 1178/2011

1. Aby otrzymać licencje zgodne z częścią FCL, posiadacze licencji członka załogi w lotnictwie wojskowym zwracają się z wnioskiem do państwa członkowskiego, w którym odbywali służbę.
2. Wiedzę, doświadczenie i umiejętności zdobyte w trakcie służby wojskowej zalicza się na poczet stosownych wymagań załącznika I zgodnie z elementami raportu zaliczenia ustalonymi przez państwo członkowskie w porozumieniu z Agencją.
3. Raport zaliczenia:
 - (a) opisuje krajowe wymagania, na podstawie których wydano wojskowe licencje, uprawnienia, certyfikaty, upoważnienia lub kwalifikacje;
 - (b) opisuje zakres uprawnień przyznanych pilotom;
 - (c) wskazuje, które wymagania załącznika I mają zostać zaliczone;
 - (d) wskazuje wszelkie ograniczenia, które należy uwzględnić w licencjach zgodnych z częścią FCL, oraz wszelkie wymagania, które muszą spełnić piloci, aby ograniczenia te zostały zniesione;
 - (e) zawiera kopie wszelkich dokumentów potwierdzających powyższe elementy, wraz z kopiami stosownych krajowych wymogów i procedur.

Artykuł 10a – Organizacje szkolące pilotów

Rozporządzenie (UE) 2021/2227

1. Zgodnie z art. 24 ust. 2 rozporządzenia (UE) 2018/1139 organizacje są uprawnione do prowadzenia szkolenia pilotów uczestniczących w eksploatacji statków powietrznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 lit. b) pkt (i) oraz (ii) rozporządzenia (UE) 2018/1139, wyłącznie jeśli uzyskały od właściwego organu zatwierdzenie potwierdzające, że spełniają one zasadnicze wymagania określone w załączniku IV do rozporządzenia (UE) 2018/1139 oraz wymagania określone w załączniku VII do niniejszego rozporządzenia.

Jednakże uwzględniając art. 24 ust. 6 rozporządzenia (UE) 2018/1139, organizacje mające główne miejsce prowadzenia działalności w państwie członkowskim są uprawnione do prowadzenia szkoleń, o których mowa w pkt DTO.GEN.110 załącznika VIII do niniejszego rozporządzenia, na terytorium, za które są odpowiedzialne państwa członkowskie na mocy konwencji chicagowskiej, bez konieczności uzyskania takiego zatwierdzenia, jeżeli przedłożyły właściwemu organowi deklarację zgodnie z wymaganiami określonymi w pkt DTO.GEN.115 wspomnianego załącznika oraz, w przypadku gdy jest to wymagane na podstawie pkt DTO.GEN.230 lit. c) tegoż załącznika, właściwy organ zatwierdził program szkolenia.

2. *[usunięto]*
3. *[usunięto]*
4. *[usunięto]*
5. Organizacje szkolące pilotów muszą zapewnić, aby najpóźniej do dnia 25 sierpnia 2020 r. prowadzony przez nie kurs szkoleniowy w zakresie IR obejmował szkolenie konieczne do uzyskania uprawnień PBN zgodnie z wymogami określonymi w załączniku I (część FCL).
6. Do dnia 30 października 2023 r. organizacje szkolące pilotów, które prowadzą szkolenia IR(H), dostosowują swój program szkolenia tak, aby był zgodny z załącznikiem I.

Artykuł 10b – Szkoleniowe urządzenia symulacji lotu

Rozporządzenie (UE) 2019/1747

1. Szkoleniowe urządzenia symulacji lotu (FSTD) wykorzystywane do szkolenia, testowania lub sprawdzania pilotów, z wyjątkiem rozwojowych urządzeń szkoleniowych wykorzystywanych do szkolenia pilotów doświadczalnych, muszą spełniać wymagania techniczne i być zgodne z procedurami administracyjnymi określonymi w załącznikach VI i VII oraz podlegają procesowi kwalifikacji.

Artykuł 10c – Centra medycyny lotniczej

Rozporządzenie (UE) 2019/1747

1. Centra medycyny lotniczej muszą spełniać wymagania techniczne i przestrzegać procedur administracyjnych określonych w załącznikach VI i VII oraz podlegają certyfikacji.

Artykuł 11 – Sprawność fizyczna i psychiczna personelu pokładowego

Rozporządzenie (UE) 2019/1747

1. Członkowie personelu pokładowego uczestniczący w użytkowaniu statków powietrznych, o których mowa w art. 4 ust. 1 lit. b) i c) rozporządzenia (WE) nr 216/2008, muszą spełniać wymagania techniczne i wymogi procedur administracyjnych określone w załączniku IV.

Artykuł 11a – Kwalifikacje personelu pokładowego oraz związane z nimi zaświadczenia

Rozporządzenie (UE) 2019/1747

1. Członkowie personelu pokładowego uczestniczący w zarobkowym użytkowaniu statków powietrznych, o których mowa w art. 4 ust. 1 lit. b) i c) rozporządzenia (WE) nr 216/2008, muszą spełniać określone warunki oraz posiadać odpowiednie zaświadczenie zgodnie z wymaganiami technicznymi i procedurami administracyjnymi określonymi w załącznikach V i VI.
2. *[usunięto]*
3. *[usunięto]*
4. W dniu wejścia niniejszego rozporządzenia do stosowania członkowie personelu pokładowego uczestniczący w zarobkowym użytkowaniu śmigłowców:
 - (a) uznawani są za spełniających wymogi szkolenia wstępnego z załącznika V, jeżeli spełniają oni wymogi w zakresie szkolenia, sprawdzania i bieżącej praktyki zawarte w stosownych przepisach JAR dotyczących lotniczych przewozów zarobkowych z wykorzystaniem śmigłowców; lub
 - (b) jeżeli nie spełniają oni stosownych wymagań w zakresie szkolenia, sprawdzania i bieżącej praktyki zawartych w przepisach JAR dotyczących lotniczych przewozów zarobkowych z wykorzystaniem śmigłowców, przed uznaniem ich za spełniających wymogi niniejszego rozporządzenia muszą przejść wszystkie stosowne szkolenia i sprawdzenia wymagane w operacjach śmigłowców, z wyjątkiem szkolenia wstępnego; lub
 - (c) jeżeli nie uczestniczyli oni w zarobkowym użytkowaniu śmigłowców przez okres dłuższy niż 5 lat, przed uznaniem ich za spełniających wymogi niniejszego rozporządzenia muszą przejść szkolenie wstępne i zdać stosowny egzamin zgodnie z wymogami załącznika V.
5. Nie naruszając przepisów art. 2, świadectwa dopuszczenia do pracy personelu pokładowego zgodne ze wzorem określonym w załączniku VI wydawane są

wszystkim członkom personelu pokładowego uczestniczącym w zarobkowym użytkowaniu śmigłowców najpóźniej do dnia 8 kwietnia 2013 r.

Artykuł 11b – Zdolność do sprawowania nadzoru

Rozporządzenie (UE) 290/2012

1. Państwa członkowskie muszą wyznaczyć przynajmniej jeden podmiot jako właściwy organ, który w granicach tego państwa członkowskiego posiada niezbędne uprawnienia oraz obowiązki w zakresie certyfikacji osób i organizacji objętych rozporządzeniem (WE) nr 216/2008 i jego przepisami wykonawczymi oraz nadzoru nad nimi.
2. Jeżeli państwo członkowskie wyznaczy jako właściwy organ więcej niż jeden podmiot:
 - (a) zostają wyraźnie określone obszary kompetencji każdego z tych właściwych organów poprzez wyznaczenie zakresu obowiązków i geograficznego zasięgu działania;
 - (b) ustanawia się zasady koordynacji między tymi organami, tak aby w granicach kompetencji poszczególnych organów zapewnić skuteczny nadzór nad wszystkimi organizacjami i osobami objętymi rozporządzeniem (WE) nr 216/2008 i jego przepisami wykonawczymi.
3. Państwa członkowskie muszą dopilnować, aby właściwe organy dysponowały niezbędnymi środkami, pozwalającymi im zapewnić nadzór nad wszystkimi osobami i organizacjami objętymi ich programem nadzoru, w tym wystarczającymi zasobami, które pozwolą im wypełniać obowiązki nakładane przez niniejsze rozporządzenie.
4. Państwa członkowskie muszą dopilnować, aby pracownicy właściwych organów nie prowadzili działań w zakresie nadzoru tam, gdzie istnieją dowody na to, iż działania te mogłyby bezpośrednio lub pośrednio doprowadzić do konfliktu interesów, w szczególności w związku z występowaniem więzi rodzinnych lub interesu finansowego.
5. Pracownicy upoważnieni przez właściwy organ do realizacji zadań w zakresie certyfikacji lub nadzoru są uprawnieni do wykonywania przynajmniej następujących zadań:
 - (a) badanie rejestrów, danych, procedur i wszelkich innych materiałów istotnych z punktu widzenia realizacji zadań w zakresie certyfikacji lub nadzoru;
 - (b) kopiowanie lub pobieranie wyciągów z tych rejestrów, danych, procedur i pozostałych materiałów;
 - (c) żądanie ustnych wyjaśnień na miejscu;
 - (d) wchodzenie na teren stosownych obiektów, miejsc wykonywania operacji lotniczych lub środków transportu;
 - (e) prowadzenie audytów, dochodzeń, ocen, inspekcji, w tym kontroli na płycie i niezapowiedzianych inspekcji; oraz
 - (f) w stosownych przypadkach – podejmowanie lub inicjowanie środków egzekucyjnych.

6. Zadania, o których mowa w ust. 5, wykonywane są zgodnie z przepisami prawa właściwego państwa członkowskiego.

Artykuł 11c – Środki przejściowe

Rozporządzenie (UE) 2020/359

Państwa członkowskie:

- (a) najpóźniej do dnia 8 kwietnia 2021 r. przekazują EASA wszelkie rejestry dotyczące nadzoru nad organizacjami, które prowadzą szkolenia w zakresie licencji pilota zgodnie z rozporządzeniem (UE) 2018/395 i rozporządzeniem wykonawczym (UE) 2018/1976, w odniesieniu do których EASA jest właściwym organem zgodnie z art. 78 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/11399;
- (b) w porozumieniu z EASA zamykają procesy certyfikacji rozpoczęte przed dniem 8 kwietnia 2020 r. oraz wydają odnośne certyfikaty, po czym EASA przejmuje wszystkie obowiązki właściwego organu w odniesieniu do tych certyfikowanych organizacji.

Artykuł 12 – Wejście w życie i stosowanie (rozporządzenia Komisji 1178/2011)

Rozporządzenie (UE) 2020/2193

1. Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 8 kwietnia 2012 r.

2. *[usunięto]*

3. *[usunięto]*

4. Na zasadzie odstępstwa od przepisów ust. 1 państwa członkowskie mogą zdecydować o niestosowaniu do dnia 20 czerwca 2022 r. przepisów niniejszego rozporządzenia w odniesieniu do pilotów posiadających licencję i towarzyszące jej orzeczenie lekarskie wydane przez państwo trzecie i uczestniczących w niezarobkowej eksploatacji statków powietrznych, o których mowa w art. 2 ust. 1 lit. b) ppkt (i) oraz (ii) rozporządzenia (UE) 2018/1139. Państwa członkowskie podają te decyzje do wiadomości publicznej.

5. *[usunięto]*

6. *[usunięto]*

7. W przypadku gdy państwo członkowskie stosuje wymogi określone w ust. 2a i 4, powiadamia o tym Komisję i Agencję. Wspomniane powiadomienie zawiera

9 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1139 z dnia 4 lipca 2018 r. w sprawie wspólnych zasad w dziedzinie lotnictwa cywilnego i utworzenia Agencji Unii Europejskiej ds. Bezpieczeństwa Lotniczego oraz zmieniające rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2111/ 2005, (WE) nr 1008/2008, (UE) nr 996/2010, (UE) nr 376/2014 i dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/30/UE i 2014/53/UE, a także uchylające rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 552/2004 i (WE) nr 216/2008 i rozporządzenie Rady (EWG) nr 3922/91 (Dz.U. L 212 z 22.8.2018, s. 1).

uzasadnienie takiego odstępstwa, jak również program wdrożenia obejmujący przewidziane działania i odpowiednie ramy czasowe.

8. Na zasadzie odstępstwa od ust. 1, pkt FCL.315.A lit. a) zdanie drugie, pkt FCL.410.A, oraz pkt FCL.725.A lit. c) załącznika I (część FCL) stosuje się od dnia 20 grudnia 2019 r.

Rozporządzenie Komisji (UE) nr 290/2012 z dnia 30 marca 2012 r.

Rozporządzenie (UE) 2015/445

1. Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 8 kwietnia 2012 r.

2. W drodze odstępstwa od przepisów ust. 1 akapit drugi, państwa członkowskie mogą zdecydować o niestosowaniu następujących przepisów:

- (a) załączniki V–VII – do dnia 8 kwietnia 2013 r.;
- (b) pkt ORA.GEN.200 lit. a) pkt 3 załącznika VII dotyczącego posiadaczy certyfikatów kwalifikacji FSTD, niebędących zatwierdzoną organizacją szkolenia i nieposiadających certyfikatu przewoźnika lotniczego – do dnia 8 kwietnia 2014 r.;
- (c) załączniki VI i VII dotyczące zatwierdzonych organizacji szkolenia oraz centrów medycyny lotniczej niezgodnych z JAR – do dnia 8 kwietnia 2014 r.;
- (d) pkt CC.GEN.030 załącznika V – do dnia 8 kwietnia 2015 r.;
- (e) załącznik V dotyczący członków personelu pokładowego uczestniczących w zarobkowym użytkowaniu śmigłowców – do dnia 8 kwietnia 2015 r.;
- (f) załączniki VI i VII dotyczące organizacji szkolenia prowadzących szkolenia jedynie w zakresie licencji pilota lekkich statków powietrznych, licencji pilota turystycznego, licencji pilota balonowego lub licencji pilota szybowców – do dnia 8 kwietnia 2015 r.;

3. W przypadku gdy państwo członkowskie korzysta z przepisów ust. 2, musi powiadomić o tym Komisję i Agencję. We wspomnianym powiadomieniu musi określić długość okresu korzystania z tych przepisów oraz uzasadnienie dla tego rodzaju odstępstwa, jak również program wdrożenia obejmujący planowane działania i odpowiednie ramy czasowe.

Rozporządzenie Komisji (UE) nr 70/2014 z dnia 27 stycznia 2014 r.

Rozporządzenie (UE) 70/2014

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Rozporządzenie Komisji (UE) nr 245/2014 z dnia 13 marca 2014 r.

Rozporządzenie (UE) 245/2014

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/445 z dnia 17 marca 2015 r.

Rozporządzenie (UE) 2015/445

1. Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 8 kwietnia 2015 r.
2. W drodze odstępstwa od ust. 1 zmiany w przepisach FCL.315.A, FCL.410.A i FCL.725.A zawartych w załączniku I mają zastosowanie od dnia 8 kwietnia 2018 r.
3. W drodze odstępstwa od ust. 1 państwa członkowskie mogą podjąć decyzję o niestosowaniu do dnia 8 kwietnia 2018 r. przepisów zawartych w załącznikach VI i VII dotyczących organizacji szkoleniowych prowadzących szkolenia jedynie w zakresie licencji krajowych, które zgodnie z art. 4 ust. 3 kwalifikują się do konwersji na zgodne z częścią FCL licencje pilota lekkich statków powietrznych (LAPL), licencje pilota szybowcowego (SPL) lub licencje pilota balonowego (BPL).

Rozporządzenie Komisji (UE) 2016/539 z dnia 6 kwietnia 2016 r.

Rozporządzenie (UE) 2016/539

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie z dniem jego opublikowania w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 8 kwietnia 2016 r.

Art. 1 pkt 1, 2 i 4 stosuje się jednak od dnia 25 sierpnia 2018 r., z wyjątkiem pkt 1 lit. g) załącznika, który stosuje się od dnia 8 kwietnia 2016 r.

Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/1065 z dnia 27 lipca 2018 r.

Rozporządzenie (UE) 2018/1065

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/1119 z dnia 31 lipca 2018 r.

Rozporządzenie (UE) 2018/1119

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2018/1974
z dnia 14 grudnia 2018 r.

Rozporządzenie (UE) 2018/1974

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Jednakże:

- (a) art. 1 ust. 1 stosuje się od dnia 20 grudnia 2019 r.;
- (b) art. 1 ust. 4 stosuje się od dnia 20 grudnia 2019 r.;
- (c) niezależnie od lit. b) powyżej, pkt 2, 4, 5 i 12 załącznika do niniejszego rozporządzenia stosuje się od dnia 31 stycznia 2022 r.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/27
z dnia 19 grudnia 2018 r.

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/430
z dnia 18 marca 2019 r.

Rozporządzenie (UE) 2019/430

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2019/1747
z dnia 15 października 2019 r.

Rozporządzenie (UE) 2019/1747

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Pkt 57, 58, 59 i 66 załącznika do niniejszego rozporządzenia stosuje się jednak od dnia 21 grudnia 2019 r.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/359
z dnia 4 marca 2020 r.

Rozporządzenie (UE) 2020/359

1. Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.
2. Niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 8 kwietnia 2020 r.
3. Na zasadzie odstępstwa od ust. 2 następujące przepisy stosuje się od dnia 8 września 2021 r.:
 - (a) pkt 1 lit. e), pkt 4 lit. b), pkt 5–7, pkt 32, pkt 34, pkt 36 lit. d), pkt 40 lit. a), pkt 41, pkt 42, pkt 44, pkt 46–48, pkt 52 lit. f), pkt 53 lit. a)–c), pkt 53 lit. e), pkt 53 lit. f), pkt 54, pkt 55, pkt 56 lit. a)–c) oraz pkt 57 załącznika I;
 - (b) lit. b) załącznika II;
 - (c) pkt 10 lit. d) ppkt (ii) załącznika III.
4. Na zasadzie odstępstwa od ust. 2, od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy art. 1 pkt 7 oraz załącznika I pkt 49, pkt 53 lit. d), pkt 58 lit. b), pkt 58 lit. d) i pkt 58 lit. e).

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2020/2193
z dnia 16 grudnia 2020 r.

Rozporządzenie (UE) 2020/2193

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Załącznik I pkt 1 lit. r) i załącznik II pkt 1 lit. a) stosuje się od dnia 8 września 2021 r., a załącznik I pkt 1 lit. p) stosuje się od dnia 31 stycznia 2022 r.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2021/2227
z dnia 14 grudnia 2021 r.

Rozporządzenie (UE) 2021/2227

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 30 października 2022 r. Jednak art. 1 pkt 1 stosuje się od dnia wejścia w życie.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2023/203
z dnia 27 października 2022 r.

Rozporządzenie (UE) 2023/203

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 22 lutego 2026 r.

Natomiast w odniesieniu do instytucji zapewniającej służby żeglugi powietrznej w ramach EGNOS podlegającej rozporządzeniu wykonawczemu (UE) 2017/373 niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 1 stycznia 2026 r.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2024/1111
z dnia 10 kwietnia 2024 r.

Rozporządzenie (UE) 2024/1111

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Niniejsze rozporządzenie stosuje się od dnia 1 maja 2025 r.

Rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE) 2023/2076
z dnia 24 lipca 2024 r.

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie dwudziestego dnia po jego opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Następujące zmiany stosuje się od dnia 13 lutego 2025 r.:

- 1) załącznik I pkt 7;
- 2) załącznik II;
- 3) załącznik III pkt 6–18, 22 i 23;
- 4) załącznik IV pkt 2–9;
- 5) załącznik VII.

Rozporządzenie (UE) nr 1178/2011

Niniejsze rozporządzenie wiąże w całości i jest bezpośrednio stosowane we wszystkich państwach członkowskich.

Sporządzono w Brukseli dnia 3 listopada 2011 r.

W imieniu Komisji
Przewodniczący
José Manuel BARROSO

ZAŁĄCZNIK IV

(CZĘŚĆ-MED)

PODCZĘŚĆ A – WYMAGANIA OGÓLNE

SEKCJA 1 – Warunki ogólne

MED.A.001 Właściwy organ

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Do celów niniejszego załącznika (część MED) właściwy organ oznacza:

- (a) w odniesieniu do centrów medycyny lotniczej:
 - (1) organ wyznaczony przez państwo członkowskie, w którym centrum medycyny lotniczej ma swoje główne miejsce prowadzenia działalności;
 - (2) agencję, w przypadku gdy centrum medycyny lotniczej mieści się w państwie trzecim;
- (b) w odniesieniu do lekarzy orzeczników medycyny lotniczej:
 - (1) organ wyznaczony przez państwo członkowskie, w którym lekarz orzecznik medycyny lotniczej ma swoje główne miejsce prowadzenia praktyki;
 - (2) jeżeli główne miejsce prowadzenia praktyki lekarza orzecznika medycyny lotniczej jest usytuowane w państwie trzecim, organ wyznaczony przez państwo członkowskie, do którego lekarz orzecznik medycyny lotniczej składa wniosek o wydanie certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej;
- (c) w odniesieniu do lekarzy medycyny ogólnej, organ wyznaczony przez państwo członkowskie, w którym lekarz medycyny ogólnej zgłasza swoją działalność;
- (d) w odniesieniu do lekarzy medycyny pracy przeprowadzających ocenę sprawności fizycznej i psychicznej personelu pokładowego, organ wyznaczony przez państwo członkowskie, w którym lekarz medycyny pracy zgłasza swoją działalność.

MED.A.005 Zakres

Rozporządzenie (UE) 2019/27

W niniejszym załączniku (część MED) ustanawia się wymagania w odniesieniu do:

- (a) wydawania, ważności, przedłużania lub wznowiania orzeczenia lekarskiego niezbędnego do korzystania z przywilejów wynikających z licencji pilota lub ucznia-pilota;
- (b) sprawności fizycznej i psychicznej personelu pokładowego;
- (c) certyfikacji lekarzy orzeczników medycyny lotniczej;

- (d) kwalifikacji lekarzy medycyny ogólnej oraz lekarzy medycyny pracy.

MED.A.010 Definicje

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

Do celów niniejszego załącznika (część MED) zastosowanie mają następujące definicje:

- „ograniczenie” oznacza ograniczenie wpisane do orzeczenia lekarskiego lub raportu medycznego dotyczącego personelu pokładowego, które musi być przestrzegane w trakcie korzystania z przywilejów wynikających z licencji lub ze świadectwa dopuszczenia do pracy personelu pokładowego;
- „badanie lotniczo-lekarskie” oznacza kontrolę, badanie palpacyjne, opukiwanie, osłuchiwanie lub wszelkie inne rodzaje oceny uzupełniającej na potrzeby ustalenia, czy poziom sprawności fizycznej i psychicznej umożliwia korzystanie z przywilejów wynikających z licencji lub wykonywanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa spoczywających na personelu pokładowym;
- „ocena lotniczo-lekarska” oznacza opinię dotyczącą sprawności fizycznej i psychicznej wnioskodawcy wydaną na podstawie oceny tego wnioskodawcy przeprowadzonej zgodnie z zamieszczonymi w niniejszym załączniku (część MED) wymaganiami oraz dalszych badań i testów lekarskich określonych we wskazaniach klinicznych;
- „poważny” oznacza stopień powagi schorzenia, które skutkowałoby niemożnością bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji lub wykonywania obowiązków w zakresie bezpieczeństwa spoczywających na personelu pokładowym;
- „wnioskodawca” oznacza osobę ubiegającą się o wydanie orzeczenia lekarskiego lub posiadającą takie orzeczenie, która poddaje się ocenie lotniczo-lekarskiej pod kątem sprawności umożliwiającej korzystanie z przywilejów wynikających z licencji lub wykonywanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa spoczywających na personelu pokładowym;
- „historia medyczna” oznacza opis narracyjny lub wypis przechodzonych w przeszłości chorób, doznanych urazów, odbytego leczenia lub innych informacji medycznych, w tym negatywnych ocen sprawności lub ograniczeń w orzeczeniu lekarskim, które są lub mogą być istotne dla obecnego stanu zdrowia wnioskodawcy i jego lotniczej sprawności fizycznej i psychicznej;
- „władza uprawniona do licencjonowania” oznacza właściwy organ państwa członkowskiego, który wydał licencję lub do którego dana osoba zwraca się o wydanie licencji, lub, w przypadku gdy dana osoba nie zwróciła się jeszcze o wydanie licencji, właściwy organ określony zgodnie z pkt FCL.001 załącznika I (część FCL);
- „prawidłowe rozpoznawanie barw” oznacza zdolność wnioskodawcy do łatwego rozróżniania barw wykorzystywanych w żegludze powietrznej i prawidłowego identyfikowania kolorowych świateł wykorzystywanych w lotnictwie;
- „operacja śmigłowcowej służby ratownictwa medycznego (HEMS)” oznacza „lot HEMS” zdefiniowany w pkt 61 załącznika I do rozporządzenia (UE) nr 965/2012;

- „ocena uzupełniająca” oznacza ocenę domniemanego schorzenia wnioskodawcy przeprowadzoną za pomocą badań i testów w celu zweryfikowania, czy schorzenie występuje, czy też nie;
- „uznana opinia lekarska” oznacza opinię co najmniej jednego lekarza specjalisty akceptowaną przez władzę uprawnioną do licencjonowania, wydaną w oparciu o obiektywne i niedyskryminacyjne kryteria na potrzeby przedmiotowej sprawy w porozumieniu z ekspertami ds. operacji lotniczych lub, w razie potrzeby, w porozumieniu z innymi ekspertami, dla której stosowne może być przeprowadzenie oceny ryzyka operacyjnego;
- „nadużywanie substancji” oznacza stosowanie przez załogę jednej lub większej liczby substancji psychoaktywnych w sposób, który, alternatywnie lub łącznie:
 - stanowi bezpośrednie zagrożenie dla używającej ich osoby lub zagraża życiu, zdrowiu lub dobru innych;
 - wywołuje lub pogarsza problemy lub zaburzenia o charakterze zawodowym, społecznym, psychicznym lub fizycznym;
- „substancja psychoaktywna” oznacza: alkohol, opioidy, pochodne konopi indyjskich, środki uspokajające i nasenne, kokainę, inne psychostymulanty, substancje halucynogenne i lotne rozpuszczalniki, z wyłączeniem kofeiny i tytoniu;
- „wada refrakcji” oznacza odchylenie od miarowości oczu wyrażane w dioptriach w odniesieniu do południka o największej niemiarowości, zmierzone przy wykorzystaniu standardowych metod.

MED.A.015 Tajemnica lekarska

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Wszystkie osoby biorące udział w badaniach lotniczo-lekarskich, ocenach lotniczo-lekarskich i certyfikacji zapewniają stałe przestrzeganie tajemnicy lekarskiej.

AMC1 MED.A.015 Tajemnica lekarska

Decyzja ED 2019/002/R

W celu zapewnienia przestrzegania tajemnicy lekarskiej, wszystkie raporty medyczne oraz dokumentacja medyczna powinny być przechowywane w sposób bezpieczny z dostępem ograniczonym do personelu upoważnionego przez konsultanta medycznego lub, jeżeli ma to zastosowanie, przez kierownika centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej lub lekarza medycyny pracy.

MED.A.020 Obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Posiadacze licencji nie mogą korzystać z przywilejów wynikających z licencji i powiązanych uprawnień lub certyfikatów, a uczniowie-piloci nie mogą wykonywać samodzielnych lotów, w przypadku gdy:

- (1) zdają sobie sprawę z obniżenia swojej sprawności fizycznej i psychicznej, mogącego spowodować, że nie będą w stanie bezpiecznie korzystać z tych przywilejów;
 - (2) przyjmują lub stosują jakiekolwiek leki wydawane na receptę lub bez recepty, które mogą negatywnie wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających ze stosownej licencji;
 - (3) są poddawani leczeniu medycznemu, chirurgicznemu lub innemu leczeniu, które może negatywnie wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających ze stosownej licencji.
- (b) Ponadto posiadacze orzeczenia lekarskiego bez zbędnej zwłoki i przed skorzystaniem z przywilejów wynikających z ich licencji zasięgają porady lotniczo-lekarskiej, odpowiednio, centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej bądź lekarza medycyny ogólnej, jeżeli:
- (1) zostali poddani operacji chirurgicznej lub inwazyjnej procedurze medycznej;
 - (2) rozpoczęli regularne przyjmowanie jakiegokolwiek leku;
 - (3) doznali jakiegokolwiek poważnego urazu wiążącego się z niezdolnością do pełnienia funkcji członka załogi lotniczej;
 - (4) cierpią na jakąkolwiek poważną chorobę wiążącą się z niezdolnością do pełnienia funkcji członka załogi lotniczej;
 - (5) są w ciąży;
 - (6) zostali przyjęci do szpitala lub kliniki medycznej;
 - (7) po raz pierwszy korzystają z soczewek korekcyjnych.
- (c) W przypadkach, o których mowa w lit. b):
- (1) posiadacze orzeczeń lekarskich 1. i 2. klasy zasięgają porady lotniczo-lekarskiej centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej. W takim przypadku centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej przeprowadza ocenę ich sprawności fizycznej i psychicznej i podejmuje decyzję w kwestii tego, czy są oni zdolni do wznowienia korzystania z przysługujących im przywilejów;
 - (2) posiadacze orzeczeń lekarskich na potrzeby licencji pilota lekkiego statku powietrznego zasięgają porady lotniczo-lekarskiej centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej bądź lekarza medycyny ogólnej, który podpisał ich orzeczenie lekarskie. W takim przypadku centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej przeprowadza ocenę ich sprawności fizycznej i psychicznej i podejmuje decyzję w kwestii tego, czy są oni zdolni do wznowienia korzystania z przysługujących im przywilejów.
- (d) Członkowie personelu pokładowego nie wykonują obowiązków na pokładzie statku powietrznego ani, w stosownych przypadkach, nie korzystają z przywilejów przysługujących im zgodnie z posiadanymi świadectwami dopuszczenia do pracy personelu pokładowego, w przypadku gdy mają świadomość faktu obniżenia swojej sprawności fizycznej i psychicznej w stopniu uniemożliwiającym im wykonywanie ich obowiązków z zakresu bezpieczeństwa.

- (e) Ponadto jeżeli zastosowanie ma którykolwiek z warunków przedstawionych w lit. b) pkt 1–5, członkowie personelu pokładowego bez zbędnej zwłoki zasięgają porady, odpowiednio, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy. W takim przypadku lekarz orzecznik medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarz medycyny pracy przeprowadza ocenę sprawności fizycznej i psychicznej członków personelu pokładowego oraz podejmuje decyzję w kwestii tego, czy są oni zdolni do wznowienia wykonywania wyznaczonych im obowiązków z zakresu bezpieczeństwa.

GM1 MED.A.020 Obniżenie zdolności fizycznej i psychicznej

Decyzja ED 2019/002/R

STOSOWANIE LEKÓW – WYTYCZNE DLA PILOTÓW I CZŁONKÓW PERSONELU POKŁADOWEGO

- (a) Każdy lek może spowodować wystąpienie skutków ubocznych, a niektóre z nich mogą upośledzać bezpieczne wykonywanie czynności lotniczych. Objawy przeziębieniowe, bóle gardła, biegunka oraz inne dolegliwości brzuszne mogą powodować znikome bądź minimalne dolegliwości na ziemi, ale mogą wpływać na koncentrację pilota lub członka personelu pokładowego i obniżać ich wydajność podczas wykonywania obowiązków służbowych. Dodatkowo środowisko, w którym wykonywany jest lot, może spowodować nasilenie objawów, które na ziemi mogą być nieznaczące. W związku z tym, jednym z problemów związanych z przyjętymi lekami i lataniem jest samo schorzenie podstawowe, a dodatkowo nałożenie się efektów ubocznych leków przepisanych na receptę lub nabytych w drodze zakupu pozarecepturowego. Niniejsze wytyczne stanowią swojego rodzaju pomoc dla pilotów i członków personelu pokładowego w podjęciu decyzji czy potrzebują specjalistycznej porady lotniczo-lekarskiej lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej, lekarza medycyny pracy lub konsultanta medycznego.
- (b) Przed zastosowaniem jakiegokolwiek leku i wykonując obowiązki pilota lub członka personelu pokładowego, należy satysfakcjonująco odpowiedzieć na trzy zasadnicze pytania:
- (1) Czy czuję się na siłach wykonywać lot?
 - (2) Czy w ogóle muszę przyjąć lekarstwo?
 - (3) Czy zastosowałem to lekarstwo tytułem próby na ziemi, aby upewnić się, że nie będzie ono mieć żadnego negatywnego wpływu na moją zdolność do wykonywania lotu?
- (c) Potwierdzenie braku objawów niepożądanych może również wymagać specjalistycznej porady lotniczo-lekarskiej.
- (d) Poniżej wyszczególniono niektóre powszechnie stosowane leki z opisem ich wpływu na wykonywanie czynności lotniczych:
- (1) **Antybiotyki:** Antybiotyki mogą wykazywać krótkoterminowe lub odległe skutki uboczne mogące mieć wpływ na wykonywanie czynności pilota lub członka personelu pokładowego. Jednakże ważniejszy jest sam fakt wskazań do leczenia antybiotykiem, co potwierdza istnienie infekcji, a tym samym jej skutki uboczne mogą wskazywać na to, że pilot lub członek personelu

pokładowego jest niezdolny do wykonywania lotu i powinien zasięgnąć specjalistycznej porady lotniczo-lekarskiej.

- (2) Leki przeciwmalaryczne: Decyzja o leczeniu przeciwmalarycznym zależeć będzie od rejonu geograficznego, który jest odwiedzany, oraz od ryzyka narażenia pilota lub członka personelu pokładowego na użądlenia komarów i możliwości wystąpienia malarii. Aby ustalić, czy leczenie przeciwmalaryczne jest wskazane i jakiego rodzaju leki powinny być stosowane, należy zasięgnąć fachowej opinii lekarskiej. Większość leków przeciwmalarycznych (Atovaquon z Proguanilem, Chloroquiną, Doxycycliną) nie stanowi przeciwwskazań do wykonywania lotu. Jednak po zastosowaniu Mefloquiny występują skutki uboczne w postaci bezsenności, dręczących snów, zmian nastroju, nudności, biegunki i bólu głowy. Dodatkowo, Mefloquina może powodować zaburzenia orientacji przestrzennej i brak należytej koordynacji, i z tego powodu nie jest kompatybilna z bezpiecznym wykonywaniem czynności lotniczych.
- (3) Leki przeciwhistaminowe. Leki przeciwhistaminowe mogą powodować senność. Stosowane są na szeroką skalę w leczeniu przeziębień oraz kataru siennego, astmy oskrzelowej i wysypek na skórze pochodzenia alergicznego. Dostępne są w formie tabletek lub kropli do nosa lub aerozoli. W wielu przypadkach sam stan chorobowy może być przeciwwskazaniem do wykonywania lotu i z tego powodu, jeżeli leczenie jest niezbędne, należy zasięgnąć fachowej porady lekarskiej w celu zmiany środka leczniczego na lek przeciwhistaminowy pozbawiony działania uspokajającego, który nie powoduje upośledzenia funkcji organizmu.
- (4) Leki na kaszel. Środki przeciwkaszlowe często zawierają kodeinę, dekstrometorfan lub pseudoefedrynę, które są przeciwwskazane podczas wykonywania lotu. Jednakże środki mukolityczne (np. carbocysteina) są dobrze tolerowane i nie stanowią przeciwwskazania do wykonywania lotu.
- (5) Środki drażniące górne drogi oddechowe. Środki udrażniające górne drogi oddechowe nie powodujące upośledzenia czujności, nie są przeciwwskazane podczas wykonywania lotu. Ponieważ jednak schorzenie podstawowe wymagające stosowania leków udrażniających górne drogi oddechowe może stanowić zagrożenie dla wykonywania lotu, należy zasięgnąć fachowej porady lotniczo-lekarskiej. Dla przykładu, obrzęk błony śluzowej powoduje trudności w wyrównywaniu ciśnienia w uszach lub zatokach.
- (6) Donosowe środki sterydowe są powszechnie stosowane w leczeniu kataru siennego i nie stanowią zagrożenia dla wykonywania lotu.
- (7)
 - (i) Popularne środki przeciwbólowe i leki przeciwgorączkowe. Niesterydowe leki o działaniu przeciwzapalnym (NLPZ) i Paracetamol zwykle używane do opanowania bólu, gorączki bądź bólu głowy mogą być niesprzeczne z wykonywaniem obowiązków lotniczych. Jednak, pilot lub członek personelu pokładowego powinien udzielić twierdzącej odpowiedzi na trzy podstawowe pytania wymienione w punkcie (b) przed zastosowaniem leku i wykonywaniem lotu.
 - (ii) Silne leki przeciwbólowe. Leki z tej grupy łącznie z kodeiną są pochodnymi opiatów i mogą powodować poważne obniżenie sprawności działania i z tego powodu stanowią zagrożenie dla bezpiecznego wykonywania czynności lotniczych

- (8) Leki przeciwwrzodowe. Inhibitory wydzielania kwasów żołądkowych, jak blokery receptorów H₂ (np. Ranitydyna, Cymetydyna) lub inhibitory pompy protonowej (np. Omeprazol) mogą być stosowane dopiero po zdiagnozowaniu choroby. Ważne jest, aby do leczenia podejść w sposób kompleksowy, a nie tylko zwalczać dyspeptyczne objawy chorobowe.
- (9) Leki przeciwbiegunkowe. Jednym z najczęściej stosowanych leków przeciwbiegunkowych jest Loperamid i nie stanowi on zagrożenia dla bezpiecznego wykonywania lotu. Jednakże sama biegunka często sprawia, że pilot i członek personelu pokładowego jest niezdolny do wykonywania obowiązków lotniczych.
- (10) Hormonalne środki antykoncepcyjne i hormonalna terapia zastępcza zwykle nie wykazują działań niepożądanych i nie stanowią zagrożenia dla wykonania lotu.
- (11) Leki stosowane w zaburzeniach erekcji. Środki z tej grupy mogą powodować zaburzenia widzenia barwnego i zawroty głowy. Pomiedzy zażyciem Sildenafilu a wykonywaniem obowiązków lotniczych powinno upłynąć co najmniej 6 godzin oraz 36 godzin pomiędzy zażyciem Vardenafilu lub Tadalafilu a wykonywaniem obowiązków lotniczych.
- (12) Zaprzestanie palenia tytoniu. Nikotynowa terapia zastępcza może być dopuszczalna. Jednakże stosowanie innych substancji mających wpływ na funkcjonowanie centralnego układu nerwowego (Bupropion, Wareniklina) jest niedopuszczalne do stosowania przez pilotów.
- (13) Leki na nadciśnienie tętnicze. Większość leków stosowanych w nadciśnieniu tętniczym nie stanowi zagrożenia dla wykonywania obowiązków lotniczych. Jednak, jeżeli wartości ciśnienia tętniczego są na tyle wysokie, że wymaga to zastosowania farmakoterapii pilot lub członek personelu pokładowego powinien być obserwowany pod kątem pojawienia się potencjalnych skutków ubocznych przed przystąpieniem do wykonywania obowiązków lotniczych. Z tego powodu wymaga się zasięgnięcia opinii lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej, lekarza medycyny pracy lub konsultanta medycznego, w zależności od potrzeb.
- (14) Leki na astmę oskrzelową. Astma oskrzelowa musi być klinicznie stabilna zanim pilot lub członek personelu pokładowego będzie mógł powrócić do wykonywania obowiązków lotniczych. Zastosowanie aerozoli lub substancji proszkowych ułatwiających oddychanie, takich jak kortykosteroidy, β -2 mimetyki (leki β -adrenergiczne) lub kwas kromoglikanowy, nie stanowi zagrożenia dla wykonywania obowiązków lotniczych. Jednak, stosowanie doustne steroidów lub preparatów pochodnych teofiliny stanowi zagrożenie dla wykonywania obowiązków lotniczych. Piloci lub członkowie personelu pokładowego stosujący leki przeciwastmatyczne powinni zasięgnąć opinii lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej, lekarza medycyny pracy lub konsultanta medycznego, w zależności od potrzeb.
- (15) Trankwilizatory i leki uspokajające. Brak możliwości reagowania, ze względu na stosowanie leków z tej grupy stanowi przyczynę śmiertelnych katastrof lotniczych. Ponadto występowanie schorzenia podstawowego, w związku z którym leki te zostały przepisane, oznacza, że stan psychiczny pilota lub członka personelu pokładowego stanowi zagrożenie dla wykonywania obowiązków lotniczych.

- (16) Tabletki nasenne. Tabletki nasenne przytępią zmysły, powodują dezorientację i wydłużenie czasu reakcji. Efekt działania czasowego różni się osobniczo i może się przesadnie wydłużać. Przed zastosowaniem tabletek nasennych należy zasięgnąć specjalistycznej porady lotniczo-lekarskiej.
- (17) Melatonina. Melatonina jest hormonem odpowiedzialnym za koordynację rytmów dobowych człowieka. W niektórych krajach jest to lek przepisywany na receptę, podczas gdy w większości innych krajów jest uważany za suplement diety i można go nabyć bez recepty. Wyniki badań skuteczności melatoniny w leczeniu zespołu nagłej zmiany strefy czasowej lub zaburzeń snu są sprzeczne. Należy zasięgnąć specjalistycznej porady lotniczo-lekarskiej.
- (18) Kawa i napoje zawierające kofeinę mogą być dopuszczalne, jednak nadmierne spożywanie kawy może mieć szkodliwy wpływ na zdrowie, z zaburzeniami rytmu serca włącznie. Inne stymulanty, w tym tabletki z kofeiną, amfetaminą, etc. (często znane pod nazwą „pep-pills”) używane w celu podtrzymania czujności lub zahamowania apetytu mogą prowadzić do uzależnienia. Wrażliwość na różne stymulanty różni się osobniczo, ale wszystkie one mogą powodować potencjalnie niebezpieczną nadmierną pewność siebie. Przedawkowanie wywołuje bóle głowy, zawroty, a także zaburzenia procesów umysłowych. Te właśnie środki stymulujące nie powinny być stosowane.
- (19) Środki znieczulające. Po zastosowaniu znieczulenia miejscowego, ogólnego, dentystycznego lub jakiegokolwiek innego powinno się zachować odpowiednią przerwę czasową przed przystąpieniem do wykonywania czynności lotniczych. Przerwa ta osobniczo będzie różnić się znacząco, ale pilot lub członek personelu pokładowego nie powinien wykonywać lotów przez co najmniej 12 godzin po zastosowaniu znieczulenia miejscowego i przez co najmniej 48 godzin po znieczuleniu ogólnym, podpajęczynówkowym lub zewnątrzoponowym (patrz MED.A.020).
- (e) Wiele preparatów farmakologicznych dostępnych obecnie na rynku zawiera mieszaninę leków. Z tego względu, zastosowanie jakiegokolwiek nowego preparatu lub zmiana jego dawki, nawet niewielka, powinny być obserwowane przez pilota lub członka personelu pokładowego na ziemi, przed przystąpieniem do wykonywania lotu, pod kątem ewentualnych skutków. Należy zaznaczyć, że lek, który zwykle nie wpływa na funkcje psychomotoryczne pilota lub członka personelu pokładowego, może spowodować ich wystąpienie u osób nadwrażliwych. Z tego powodu, osobom tym zaleca się, aby nie przyjmowały leków przed lub w czasie lotu, chyba że są one całkowicie obeznane z ich wpływem na własny organizm. W przypadku wątpliwości należy zasięgnąć porady lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej, lekarza medycyny pracy lub konsultanta medycznego, w zależności od potrzeb.
- (f) Inne formy leczenia. Medycyna alternatywna lub uzupełniająca, jak np. akupunktura, homeopatia, hipnoza oraz inne formy rozwijają się i zyskują coraz większą wiarygodność. Akceptowalność takiego leczenia jest większa w jednych krajach, w innych mniejsza. Nie ulega wątpliwości, że „inne formy leczenia”, jak i schorzenie podstawowe, powinny być skonsultowane z lekarzem orzecznikiem medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej, lekarzem medycyny ogólnej, lekarzem medycyny pracy lub konsultantem medycznym, stosownie do przypadku, w celu oceny zdolności psychicznej i fizycznej.

MED.A.025 Obowiązki centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej oraz lekarza medycyny pracy

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Przy przeprowadzaniu badań i ocen lotniczo-lekarskich zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszym załączniku (część MED) centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik, lekarz medycyny ogólnej oraz lekarz medycyny pracy:
 - (1) zapewniają możliwość porozumienia się z wnioskodawcą bez napotykania barier językowych;
 - (2) informują wnioskodawcę o konsekwencjach związanych z przedstawieniem niepełnych, niedokładnych lub nieprawdziwych oświadczeń dotyczących jego historii medycznej;
 - (3) informują władzę uprawnioną do licencjonowania lub – w odniesieniu do posiadaczy świadectw dopuszczenia do pracy personelu pokładowego – właściwy organ, jeżeli wnioskodawca przedstawia niepełne, niedokładne lub nieprawdziwe oświadczenia dotyczące jego historii medycznej;
 - (4) informują władzę uprawnioną do licencjonowania, jeżeli wnioskodawca wycofa wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego na którymkolwiek etapie procesu.
- (b) Po zakończeniu badań i ocen lotniczo-lekarskich centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej, lekarz medycyny ogólnej oraz lekarz medycyny pracy:
 - (1) informują wnioskodawcę, czy jest sprawny, niesprawny lub czy kieruje się go, odpowiednio, do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania, centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej;
 - (2) informują wnioskodawcę o jakichkolwiek ograniczeniach mających zastosowanie w odniesieniu do, odpowiednio, szkoleń w locie lub przywilejów wynikających z, odpowiednio, jego licencji lub świadectwa dopuszczenia do pracy personelu pokładowego;
 - (3) w przypadku gdy wnioskodawca został uznany za niesprawnego, informują go o przysługującym mu prawie do wniesienia odwołania od tej decyzji zgodnie z procedurami właściwego organu;
 - (4) w przypadku wnioskodawców ubiegających się o orzeczenie lekarskie niezwłocznie przedkładają konsultantowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania podpisany lub uwierzytelniony elektronicznie raport zawierający szczegółowe wyniki badań i ocen lotniczo-lekarskich, wymaganych na potrzeby orzeczenia lekarskiego danej klasy, oraz kopię formularza wniosku, formularza badania oraz orzeczenia lekarskiego;
 - (5) informują wnioskodawcę o jego obowiązkach w przypadku obniżenia sprawności psychicznej i fizycznej zgodnie z pkt MED.A.020.

- (c) W przypadku gdy zgodnie z niniejszym załącznikiem (część MED) wymagana jest konsultacja z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania, centrum medycyny lotniczej i lekarz orzecznik medycyny lotniczej przestrzegają procedury ustanowionej przez właściwy organ.
- (d) Centra medycyny lotniczej, lekarze orzecznicy medycyny lotniczej, lekarze medycyny ogólnej oraz lekarze medycyny pracy zachowują dokumentację zawierającą szczegóły dotyczące badań i ocen lotniczo-lekarskich przeprowadzonych zgodnie z niniejszym załącznikiem (część MED) oraz ich wyników przez co najmniej 10 lat lub przez dłuższy okres, jeżeli tak określono w przepisach krajowych.
- (e) Centra medycyny lotniczej, lekarze orzecznicy medycyny lotniczej oraz lekarze medycyny ogólnej przedkładają konsultantowi medycznemu właściwego organu, na jego żądanie, wszystkie dokumenty i raporty lotniczo-lekarskie wraz z wszelkimi innymi odpowiednimi informacjami, w przypadku gdy są one wymagane do celów:
 - (1) wydania orzeczenia lekarskiego;
 - (2) sprawowania funkcji w zakresie nadzoru.
- (f) Centra medycyny lotniczej i lekarze orzecznicy medycyny lotniczej wpisują dane do Europejskiej bazy danych lotniczo-lekarskich lub aktualizują te dane zgodnie z pkt ARA.MED.160 lit. d).

AMC1 MED.A.025 Obowiązki centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej oraz lekarza medycyny pracy

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Jeżeli badanie lekarskie przeprowadzane jest przez dwóch lub więcej lekarzy orzeczników medycyny lotniczej lub lekarzy medycyny ogólnej, tylko jeden z nich powinien odpowiadać za koordynację wyników badania, ocenę wyników w zakresie zdolności fizycznej i psychicznej, oraz podpisanie raportu.
- (b) Wnioskodawca powinien zostać poinformowany, że powiązane orzeczenie lekarskie lub raport medyczny personelu pokładowego mogą zostać zawieszone lub cofnięte, jeżeli wnioskodawca przedstawi centrum medycyny lotniczej, lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej, lekarzowi medycyny ogólnej lub lekarzowi medycyny pracy niepełne, niedokładne lub fałszywe oświadczenia na temat swojej historii medycznej.
- (c) W przypadkach, gdy od centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej wymaga się oceny zdolności wnioskodawcy ubiegającego się o orzeczenie lekarskie 2 klasy we współpracy z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania, powinni oni dokumentować konsultację zgodnie z procedurą ustanowioną przez właściwy organ.
- (d) Centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej, lekarz medycyny ogólnej lub lekarz medycyny pracy powinni udzielić wnioskodawcy informacji dotyczącej leczenia i środków zapobiegawczych, jeżeli w trakcie badania zidentyfikowano schorzenia lub czynniki ryzyka mogące zagrozić zdolności fizycznej i psychicznej wnioskodawcy w przyszłości.

- (e) Jeżeli z powodu niesprawności systemu dane w europejskiej bazie danych lotniczo-lekarskich (EAMR) nie zostały prawidłowo zarejestrowane, centra medycyny lotniczej i lekarze orzecznicy medycyny lotniczej powinni wprowadzić, lub skorygować istniejące dane, w EAMR bez zbędnej zwłoki, gdy system powróci do sprawności.
- (f) W przypadku odmowy lub przekazania sprawy do władzy uprawnionej do licencjonowania, centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej, lekarz medycyny ogólnej lub lekarz medycyny pracy powinni poinformować wnioskodawcę na piśmie o wynikach oceny w formie i sposobie, jakie ustalone zostały przez właściwy organ.

GM1 MED.A.025 Obowiązki centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej, lekarza medycyny ogólnej oraz lekarza medycyny pracy

Decyzja ED 2019/002/R

WYTYCZNE DLA CENTRUM MEDYCYNY LOTNICZEJ, LEKARZA ORZECZNIKA, LEKARZA MEDYCYNY OGÓLNEJ ORAZ LEKARZA MEDYCYNY PRACY PRZEPROWADZAJĄCYCH BADANIA I OCENY LEKARSKIE W CELU WYDANIA ORZECZENIA LEKARSKIEGO

- (a) Przed wykonaniem badania lekarskiego, centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej powinni:
 - (1) zweryfikować tożsamość wnioskodawcy poprzez sprawdzenie jego dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy lub innego oficjalnego dokumentu zawierającego fotografię wnioskodawcy;
 - (2) uzyskać szczegółowe informacje na temat licencji załogi lotniczej wnioskodawcy od władzy uprawnionej do licencjonowania właściwej dla wnioskodawcy, jeżeli nie posiada licencji przy sobie;
 - (3) z wyjątkiem wnioskodawców ubiegających się po raz pierwszy o wydanie orzeczenia lekarskiego, uzyskać szczegółowe informacje na temat ostatniego orzeczenia lekarskiego wnioskodawcy od konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania właściwej dla wnioskodawcy, jeżeli nie posiada orzeczenia przy sobie;
 - (4) w przypadku posiadania ograniczenia SIC w aktualnym orzeczeniu lekarskim, uzyskać szczegółowe informacje na temat konkretnego schorzenia i wszelkie związane z tym polecenia od konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania wnioskodawcy. Może to obejmować, na przykład, wymóg poddania się konkretnemu badaniu lub testowi;
 - (5) z wyjątkiem wnioskodawców ubiegających się po raz pierwszy o wydanie orzeczenia lekarskiego, upewnić się, na podstawie poprzedniego orzeczenia lekarskiego, jakie rutynowe testy lekarskie należy przeprowadzić, np. elektrokardiografia (EKG);
 - (6) dostarczyć wnioskodawcy formularz wniosku o wydanie orzeczenia lekarskiego i instrukcje jego wypełniania oraz poprosić wnioskodawcę o wypełnienie formularza, ale nie podpisywanie go na tym etapie;

- (7) prześledzić zawartość formularza wraz z wnioskodawcą oraz przedstawić informacje mogące pomóc w zrozumieniu znaczenia wpisów oraz w zadawaniu pytań mogących ułatwić wnioskodawcy przypomnienie ważnych danych z historii medycznej;
 - (8) sprawdzić, czy formularz jest wypełniony w sposób kompletny i czytelny, poprosić wnioskodawcę o opatrzenie formularza imieniem i nazwiskiem oraz datą, a następnie o złożenie podpisu. Jeżeli wnioskodawca odmówi wypełnienia formularza w całości, poinformować wnioskodawcę, że wydanie orzeczenia lekarskiego może nie być możliwe bez względu na wynik badania i oceny.
- (b) Gdy wszystkie elementy, o których mowa w pkt (a), zostały spełnione, centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej powinni:
- (1) przeprowadzić badanie lekarskie wnioskodawcy zgodnie z obowiązującymi procedurami;
 - (2) zorganizować dodatkowe specjalistyczne badania lekarskie, takie jak otorynolaryngologiczne lub okulistyczne, które należy przeprowadzić stosownie do potrzeb, oraz uzyskać związane z tym formularze raportów lub raporty;
 - (3) wypełnić formularz raportu z badania lekarskiego zgodnie z instrukcjami wypełniania raportu;
 - (4) upewnić się, że wszystkie formularze raportów są kompletne, dokładne i czytelne.
- (c) Gdy wszystkie czynności, o których mowa w pkt (b), zostały wykonane, centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej powinni dokonać przeglądu formularzy raportów oraz powinni:
- (1) jeżeli uznają, że wnioskodawca spełnia obowiązujące wymagania zdrowotne określone w Części MED, wydać orzeczenie lekarskie odpowiedniej klasy, włącznie z ograniczeniami, jeżeli zajdzie taka konieczność. Wnioskodawca powinien podpisać orzeczenie po podpisaniu go przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej; lub
 - (2) jeżeli wnioskodawca nie spełnia obowiązujących wymagań zdrowotnych, lub gdy zdolność wnioskodawcy w zakresie odpowiedniej klasy orzeczenia lekarskiego budzi wątpliwości:
 - (i) przekazać decyzję dotyczącą zdolności fizycznej i psychicznej konsultantowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania lub lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej, lub skonsultować z nimi taką decyzję, zgodnie z MED.B.001, lub
 - (ii) odmówić wydania orzeczenia lekarskiego, wyjaśnić wnioskodawcy przyczynę(-y) odmowy oraz poinformować o prawie do ponownego rozpatrzenia zgodnie z procedurami właściwego organu.
- (d) Centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej powinni przysłać dokumenty zgodnie z wymaganiami MED.A.025(b) do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania

wnioskodawcy w ciągu 5 dni od daty badania lekarskiego. W przypadku gdy odmówiono wydania orzeczenia lekarskiego lub gdy podjęto decyzję o przekazaniu sprawy, dokumentacja powinna zostać przesłana do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania tego samego dnia, w którym podjęto decyzję o odmowie lub decyzję o przekazaniu sprawy.

SEKCJA 2 – Wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich

MED.A.030 Orzeczenia lekarskie

Rozporządzenie (UE) 2020/359

- (a) Uczeń-pilot nie może wykonywać samodzielnych lotów, chyba że posiada orzeczenie lekarskie zgodne z wymaganiami dotyczącymi odpowiedniej licencji.
- (b) Wnioskodawca ubiegający się o licencję zgodnie z załącznikiem I (część FCL) musi posiadać orzeczenie lekarskie wydane zgodnie z niniejszym załącznikiem (część MED) i odpowiadające przywilejom wynikającym z licencji, o którą się ubiega.
- (c) Korzystając z przywilejów:
 - (1) wynikających z licencji pilota (LAPL), licencji pilota balonowego (BPL) wydanej zgodnie z załącznikiem III (część BFCL) do rozporządzenia Komisji (UE) 2018/395 lub licencji pilota szybowcowego (SPL) wydanej zgodnie z załącznikiem III (część SFCL) do rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2018/1976, pilot musi posiadać przynajmniej ważne orzeczenie lekarskie na potrzeby LAPL;
 - (2) wynikających z licencji pilota turystycznego (PPL), pilot musi posiadać przynajmniej ważne orzeczenie lekarskie 2. klasy;
 - (3) wynikających z BPL na potrzeby:
 - (i) zarobkowych operacji pasażerskich wykonywanych balonem, pilot musi posiadać przynajmniej ważne orzeczenie lekarskie 2. klasy;
 - (ii) operacji zarobkowych innych niż zarobkowe operacje pasażerskie wykonywane balonem, podczas których na pokładzie statku powietrznego znajdują się więcej niż 4 osoby, pilot musi posiadać przynajmniej ważne orzeczenie lekarskie 2. klasy;
 - (4) wynikających z SPL do celów zarobkowych operacji na szybowcach innych niż określone w art. 3 ust. 2 rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2018/1976, pilot musi posiadać przynajmniej ważne orzeczenie lekarskie 2. klasy;
 - (5) wynikających z licencji pilota zawodowego (CPL), licencji pilota w załodze wieloosobowej (MPL) lub licencji pilota liniowego (ATPL), pilot musi posiadać ważne orzeczenie lekarskie 1. klasy.
- (d) Jeżeli PPL lub LAPL jest uzupełniana o uprawnienie do odbywania lotów nocnych, posiadacz licencji musi prawidłowo rozpoznawać barwy.
- (e) Jeżeli licencja PPL jest uzupełniana o uprawnienie do wykonywania lotów według wskazań przyrządów lub podstawowe uprawnienie do wykonywania lotów według wskazań przyrządów, posiadacz licencji przechodzi badanie słuchu metodą audiometrii tonalnej zgodnie z częstotliwością i wytycznymi określonymi w odniesieniu do posiadaczy orzeczenia lekarskiego 1. klasy.

- (f) Posiadacz licencji nie może nigdy posiadać większej liczby orzeczeń lekarskich niż jedno orzeczenie lekarskie wydane zgodnie z niniejszym załącznikiem (część MED).

AMC1 MED.A.030 Orzeczenia lekarskie

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Orzeczenie lekarskie 1. klasy zawiera przywileje i terminy ważności przewidziane dla orzeczenia lekarskiego 2. klasy oraz orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL.
- (b) Orzeczenie lekarskie 2. klasy zawiera przywileje i terminy ważności przewidziane dla orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL.

MED.A.035 Wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioski o wydanie orzeczenia lekarskiego sporządza się w formie i w sposób określony przez właściwy organ.
- (b) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego przedstawiają, odpowiednio, centrum medycyny lotniczej, lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej lub lekarzowi medycyny ogólnej:
- (1) dowód tożsamości;
 - (2) podpisane oświadczenie:
 - (i) zawierające informacje medyczne dotyczące ich historii medycznej;
 - (ii) zawierające informację na temat tego, czy wcześniej ubiegali się o wydanie orzeczenia lekarskiego lub zostali poddani badaniu lotniczo-lekarskiemu w związku ze złożeniem wniosku o wydanie orzeczenia lekarskiego, a jeżeli tak, to kto przeprowadzał to badanie i jaki był jego wynik;
 - (iii) zawierające informację, czy w wyniku oceny zostali kiedykolwiek uznani za niesprawnych, lub czy byli posiadaczami orzeczenia lekarskiego, które zostało następnie zawieszono lub cofnięte.
- (c) Przy składaniu wniosków o przedłużenie lub wznowienie orzeczenia lekarskiego wnioskodawcy przedstawiają, odpowiednio, centrum medycyny lotniczej, lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej lub lekarzowi medycyny ogólnej najnowsze orzeczenie lekarskie przed poddaniem się stosownym badaniom lotniczo-lekarskim.

AMC1 MED.A.035 Wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego

Decyzja ED 2019/002/R

Z wyjątkiem wnioskodawców ubiegających się po raz pierwszy o wydanie orzeczenia lekarskiego, centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej nie powinni przystąpić do badania lotniczo-lekarskiego do wydania

orzeczenia lekarskiego, dopóki wnioskodawcy nie przedstawią ostatnio wydanego orzeczenia lekarskiego, chyba że odpowiednia informacja dotycząca wnioskodawcy została przekazana przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

MED.A.040 Wydawanie, przedłużanie i wznowianie orzeczeń lekarskich

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

- (a) Orzeczenie lekarskie jest wydawane, przedłużane lub wznowiane wyłącznie po przeprowadzeniu wymaganych badań i ocen lotniczo-lekarskich, stosownie do przypadku, oraz uznaniu wnioskodawcy za sprawnego.
- (b) *Pierwsze wydanie*
 - (1) Orzeczenia lekarskie 1. klasy wydaje centrum medycyny lotniczej.
 - (2) Orzeczenia lekarskie 2. klasy wydaje centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej.
 - (3) Orzeczenia lekarskie na potrzeby LAPL wydaje centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej. Może wydać je również lekarz medycyny ogólnej, jeżeli dopuszczono taką możliwość w przepisach krajowych państwa członkowskiego władzy uprawnionej do licencjonowania, do której złożono wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego.
- (c) *Przedłużanie i wznowianie*
 - (1) Orzeczenia lekarskie 1. i 2. klasy są przedłużane i wznowiane przez centrum medycyny lotniczej (AeMC) lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej (AME). W szczególności orzeczenia lekarskie 1. klasy dla kandydatów, którzy ukończyli 60 lat i biorą udział w operacjach HEMS z załogą jednoosobową, są przedłużane i odnawiane przede wszystkim przez centrum medycyny lotniczej lub, według uznania właściwego organu, przez doświadczonego lekarza orzecznika medycyny lotniczej wyznaczonego przez właściwy organ.
 - (2) Orzeczenia lekarskie na potrzeby LAPL są przedłużane i wznowiane przez centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej. Mogą one być przedłużane lub wznowiane również przez lekarza medycyny ogólnej, jeżeli dopuszczono taką możliwość w przepisach krajowych państwa członkowskiego władzy uprawnionej do licencjonowania, do której złożono wniosek o wydanie orzeczenia lekarskiego.
- (d) Centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej wydaje, przedłuża lub wznowia orzeczenie lekarskie wyłącznie w przypadku, gdy spełnione są oba poniższe warunki:
 - (1) wnioskodawca przedstawił pełną historię medyczną oraz, jeżeli zażąda tego centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej, wyniki badań i testów lekarskich przeprowadzonych przez lekarza prowadzącego wnioskodawcy lub innych lekarzy specjalistów;
 - (2) centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej przeprowadził(-o) ocenę lotniczo-lekarską na podstawie wyników badań i testów lekarskich zgodnie z wymaganiami dotyczącymi odpowiedniego orzeczenia lekarskiego w celu sprawdzenia, czy

wnioskodawca spełnia wszystkie właściwe wymagania określone w niniejszym załączniku (część MED).

- (e) Przed wydaniem, przedłużeniem lub wznowieniem orzeczenia lekarskiego lekarz orzecznik medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub, w przypadku skierowania do niego danej sprawy, konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania może zażądać od wnioskodawcy poddania się dodatkowym badaniom lekarskim i ocenom uzupełniającym, na podstawie wskazania klinicznego lub epidemiologicznego.
- (f) Konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania może wydać lub ponownie wydać orzeczenie lekarskie.

MED.A.045 Ważność, przedłużanie i wznowianie orzeczeń lekarskich

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Okres ważności:
 - (1) Orzeczenia lekarskie 1. klasy zachowują ważność przez okres 12 miesięcy.
 - (2) W drodze odstępstwa od pkt 1 okres ważności orzeczeń lekarskich 1. klasy wynosi 6 miesięcy w przypadku posiadaczy licencji, którzy:
 - (i) wykonują operacje zarobkowego transportu lotniczego pasażerów w załodze jednoosobowej i osiągnęli wiek 40 lat;
 - (ii) osiągnęli wiek 60 lat.
 - (3) Orzeczenia lekarskie 2. klasy zachowują ważność przez okres:
 - (i) 60 miesięcy, dopóki posiadacz licencji nie osiągnie wieku 40 lat. Orzeczenie lekarskie wydane przed osiągnięciem przez posiadacza licencji wieku 40 lat traci ważność po osiągnięciu przez tego posiadacza licencji wieku 42 lat;
 - (ii) 24 miesiące w przypadku posiadaczy licencji w wieku między 40 a 50 lat. Orzeczenie lekarskie wydane przed osiągnięciem przez posiadacza licencji wieku 50 lat traci ważność po osiągnięciu przez tego posiadacza licencji wieku 51 lat;
 - (iii) 12 miesięcy w przypadku posiadaczy licencji w wieku powyżej 50 lat.
 - (4) Orzeczenia lekarskie na potrzeby LAPL zachowują ważność przez okres:
 - (i) 60 miesięcy, dopóki posiadacz licencji nie osiągnie wieku 40 lat. Orzeczenie lekarskie wydane przed osiągnięciem przez posiadacza licencji wieku 40 lat traci ważność po osiągnięciu przez tego posiadacza licencji wieku 42 lat;
 - (ii) 24 miesiące w przypadku posiadaczy licencji w wieku powyżej 40 lat.
 - (5) Okres ważności orzeczenia lekarskiego, w tym związanego z nim dowolnego badania lub specjalistycznej oceny uzupełniającej, jest liczony od daty przeprowadzenia badania lotniczo-lekarskiego w przypadku pierwszego

wydania lub wznowienia, a w przypadku przedłużenia – od dnia wygaśnięcia poprzedniego orzeczenia lekarskiego.

(b) Przedłużenie

Badania i oceny lotniczo-lekarskie, stosownie do przypadku, wymagane do celów przedłużenia ważności orzeczenia lekarskiego mogą zostać przeprowadzone do 45 dni przed datą wygaśnięcia orzeczenia lekarskiego.

(c) Wznowienie

- (1) Jeżeli posiadacz orzeczenia lekarskiego nie zastosuje się do przepisów lit. b), konieczne jest przeprowadzenie, stosownie do przypadku, badania i oceny w trybie wznowienia.
- (2) W przypadku orzeczeń lekarskich 1. i 2. klasy:
 - (i) jeżeli orzeczenie lekarskie utraciło ważność przed mniej niż 2 laty, przeprowadza się rutynowe badanie lotniczo-lekarskie w trybie przedłużenia;
 - (ii) jeżeli orzeczenie lekarskie utraciło ważność przed więcej niż 2 ale mniej niż 5 laty, centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej przeprowadza badanie lotniczo-lekarskie w trybie wznowienia wyłącznie po dokonaniu oceny dokumentów lotniczo-lekarskich wnioskodawcy;
 - (iii) jeżeli orzeczenie lekarskie utraciło ważność przed więcej niż 5 laty, zastosowanie mają wymagania dotyczące badania lotniczo-lekarskiego na potrzeby pierwszego wydania, a ocena jest przeprowadzana w oparciu o wymagania dotyczące przedłużenia.
- (3) W przypadku orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej ocenia historię medyczną wnioskodawcy i przeprowadza badania i oceny lotniczo-lekarskie, stosownie do przypadku, zgodnie z pkt MED.B.005 i MED.B.095.

MED.A.046 Zawieszanie lub cofanie orzeczeń lekarskich

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Władza uprawniona do licencjonowania może zawiesić lub cofnąć orzeczenie lekarskie.
- (b) Po zawieszeniu orzeczenia lekarskiego posiadacz bezzwłocznie zwraca orzeczenie lekarskie władzy uprawnionej do licencjonowania na jej żądanie.
- (c) Po cofnięciu orzeczenia lekarskiego posiadacz bezzwłocznie zwraca orzeczenie lekarskie władzy uprawnionej do licencjonowania.

MED.A.050 Przekazywanie sprawy

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Jeżeli wnioskodawca ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. lub 2. klasy zostaje skierowany do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania zgodnie z pkt MED.B.001, centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej przekazuje władzy uprawnionej do licencjonowania odpowiednią dokumentację medyczną.
- (b) Jeżeli wnioskodawca ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL zostaje skierowany do lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub centrum medycyny lotniczej zgodnie z pkt MED.B.001, lekarz medycyny ogólnej przekazuje odpowiednią dokumentację medyczną centrum medycyny lotniczej lub lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej.

PODCZĘŚĆ B – WYMAGANIA W ZAKRESIE ORZECZEŃ LEKARSKICH DLA PILOTÓW

SEKCJA 1 – Warunki ogólne

MED.B.001 Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich 1. i 2. klasy
- (1) Jeżeli wnioskodawca nie spełnia w pełni wymagań ustanowionych w odniesieniu do orzeczenia lekarskiego odpowiedniej klasy, ale uznaje się, że w jego przypadku bezpieczeństwo korzystania z przywilejów wynikających ze stosownej licencji prawdopodobnie nie będzie zagrożone, centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej:
 - (i) w przypadku wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, przekazuje podjęcie decyzji o sprawności wnioskodawcy konsultantowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania zgodnie z niniejszą podczęścią;
 - (ii) w przypadku gdy skierowanie sprawy do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania nie zostało przewidziane w niniejszej podczęści, ocenia, czy wnioskodawca jest w stanie bezpiecznie wykonywać swoje obowiązki przy stosowaniu się jednocześnie do jednego lub większej liczby ograniczeń poświadczonych w orzeczeniu lekarskim oraz, w stosownych przypadkach, wydaje orzeczenie lekarskie z odpowiednimi ograniczeniami;
 - (iii) w przypadku wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, ocenia – w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania, jak określono w niniejszej podczęści – czy wnioskodawca jest w stanie bezpiecznie wykonywać swoje obowiązki przy stosowaniu się jednocześnie do jednego lub większej liczby ograniczeń poświadczonych w orzeczeniu lekarskim oraz, w stosownych przypadkach, wydaje orzeczenie lekarskie z odpowiednimi ograniczeniami;
 - (2) centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej może przedłużyć lub wznowić orzeczenie lekarskie z takimi samymi ograniczeniami bez konieczności kierowania sprawy do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub porozumiewania się z nim.
- (b) Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich na potrzeby licencji LAPL
- (1) Jeżeli lekarz medycyny ogólnej, po należyтым uwzględnieniu historii medycznej wnioskodawcy, uzna, że wnioskodawca ubiegający się o orzeczenie lekarskie na potrzeby LAPL nie spełnia w pełni wymagań dotyczących sprawności fizycznej i psychicznej, kieruje wnioskodawcę do centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej; chyba że w odniesieniu do danego wnioskodawcy wymagane jest jedynie

zastosowanie ograniczenia dotyczącego korzystania z soczewek korekcyjnych lub okresu ważności orzeczenia lekarskiego.

- (2) Jeżeli wnioskodawca ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL został zgodnie z pkt 1 skierowany do centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej, należycie uwzględniając pkt MED.B.005 i MED.B.095, ocenia, czy wnioskodawca jest w stanie bezpiecznie wykonywać swoje obowiązki przy stosowaniu się jednocześnie do jednego lub większej liczby ograniczeń poświadczonych w orzeczeniu lekarskim oraz, w stosownych przypadkach, wydaje orzeczenie lekarskie z odpowiednimi ograniczeniami. Centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej zawsze rozważa potrzebę zastosowania wobec wnioskodawcy ograniczenia operacyjnego dotyczącego przewozu pasażerów (OPL).
 - (3) Lekarz medycyny ogólnej może przedłużyć lub wznowić orzeczenie lekarskie na potrzeby LAPL opatrzone takimi samymi ograniczeniami bez konieczności kierowania wnioskodawcy do centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
- (c) Przy przeprowadzaniu oceny pod kątem konieczności zastosowania ograniczenia zwraca się w szczególności uwagę na następujące kwestie:
- (1) czy uznana opinia lekarska wskazuje, że w szczególnych okolicznościach niespełnienie przez wnioskodawcę jakiegokolwiek wymagania, wyrażonego numerycznie lub w inny sposób, ma taki charakter, że korzystanie z przywilejów wynikających z licencji, o której wydanie ubiega się wnioskodawca, prawdopodobnie nie zagrazi bezpieczeństwu lotu;
 - (2) zdolność, umiejętności i doświadczenie wnioskodawcy istotne w kontekście wykonywanej przez niego operacji lotniczej.
- (d) Kody ograniczeń operacyjnych
- (1) Ograniczenie operacyjne w załodze wieloosobowej (OML – Wyłącznie w odniesieniu do 1. klasy)
 - (i) Jeżeli posiadacz licencji CPL, ATPL lub MPL nie spełnia w pełni wymagań ustanowionych dla uzyskania orzeczenia lekarskiego 1. klasy i został skierowany do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania, konsultant ten ocenia, czy orzeczenie lekarskie może zostać wydane z ograniczeniem OML: „ważne wyłącznie w przypadku pełnienia funkcji lub w obecności wykwalifikowanego drugiego pilota”.
 - (ii) Posiadacz orzeczenia lekarskiego z OML pilotuje statek powietrzny w ramach operacji w załodze wieloosobowej wyłącznie w przypadku, gdy inny pilot posiada pełne kwalifikacje w odniesieniu do odpowiedniej klasy i odpowiedniego typu statku powietrznego, nie jest objęty OML i nie osiągnął wieku 60 lat.
 - (iii) W odniesieniu do orzeczeń lekarskich 1. klasy ograniczenie OML nakłada po raz pierwszy konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania i tylko on może je cofnąć.

- (2) Ograniczenie funkcji pilota ze względu na bezpieczeństwo operacyjne (OSL – 2. klasa oraz przywileje LAPL)
- (i) Posiadacz orzeczenia lekarskiego z OSL pilotuje statek powietrzny wyłącznie w przypadku, gdy na pokładzie obecny jest inny pilot posiadający pełne kwalifikacje do pełnienia funkcji pilota dowódcy w odniesieniu do odpowiedniej klasy i odpowiedniego typu statku powietrznego, statek powietrzny jest wyposażony w podwójny układ sterujący, a ten inny pilot zajmuje miejsce, z którego może kontrolować pokładowe urządzenia sterujące.
 - (ii) W odniesieniu do orzeczeń lekarskich 2. klasy ograniczenie OSL może być nakładane i cofane przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub przez centrum medycyny lotniczej bądź lekarza orzecznika medycyny lotniczej w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (iii) W odniesieniu do orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL ograniczenie OSL może być nakładane i cofane przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub przez centrum medycyny lotniczej bądź lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
- (3) Ograniczenie operacyjne dotyczące przewozu pasażerów (OPL – 2. klasa oraz przywileje LAPL)
- (i) Posiadacz orzeczenia lekarskiego z OPL pilotuje statek powietrzny wyłącznie w przypadku, gdy na jego pokładzie nie ma pasażerów.
 - (ii) W odniesieniu do orzeczeń lekarskich 2. klasy ograniczenie OPL może być nakładane i cofane przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub przez centrum medycyny lotniczej bądź lekarza orzecznika medycyny lotniczej w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (iii) W odniesieniu do orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL ograniczenie OPL może być nakładane i cofane przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub przez centrum medycyny lotniczej bądź lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
- (4) Ograniczenie operacyjne dotyczące funkcji pilota (ORL – 2. klasa oraz przywileje LAPL)
- (i) Posiadacz orzeczenia lekarskiego z ORL pilotuje statek powietrzny wyłącznie w przypadku, gdy spełniony jest jeden z dwóch poniższych warunków:
 - (A) na pokładzie statku powietrznego obecny jest inny pilot posiadający pełne kwalifikacje do pełnienia funkcji pilota dowódcy w odniesieniu do odpowiedniej klasy lub odpowiedniego typu statku powietrznego, statek powietrzny jest wyposażony w podwójny układ sterujący, a ten inny pilot zajmuje miejsce, z którego może kontrolować pokładowe urządzenia sterujące.
 - (B) na pokładzie statku powietrznego nie ma pasażerów.

- (ii) W odniesieniu do orzeczeń lekarskich 2. klasy ograniczenie ORL może być nakładane i cofane przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub przez centrum medycyny lotniczej bądź lekarza orzecznika medycyny lotniczej w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (iii) W odniesieniu do orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL ograniczenie ORL może być nakładane i cofane przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub przez centrum medycyny lotniczej bądź lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
- (5) Ograniczenie specjalne wg zaznaczenia (SSL)
- Kod SSL umieszcza się w orzeczeniu lekarskim wraz z następującym po nim opisem ograniczenia.
- (e) Konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania, centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej, stosownie do przypadku, może nałożyć na posiadacza orzeczenia lekarskiego każde inne ograniczenie, jeżeli wymaga tego bezpieczeństwo lotu.
 - (f) W orzeczeniu lekarskim określa się szczegółowo wszelkie ograniczenia nałożone na jego posiadacza.

AMC1 MED.B.001 Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich

Decyzja ED 2019/002/R

WYMAGANIA OGÓLNE

- (a) Centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej może przekazać podjęcie decyzji o zdolności wnioskodawcy konsultantowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania w przypadkach granicznych lub budzących wątpliwości.
- (b) W przypadkach gdy pozytywna ocena zdolności może być rozpatrywana jedynie z ograniczeniem, centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej, lekarz medycyny ogólnej lub konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania powinni ocenić schorzenie wnioskodawcy w porozumieniu z ekspertami ds. operacji lotniczych lub, w razie potrzeby, z innymi ekspertami.
- (c) Wprowadzenie ograniczeń po raz pierwszy:
 - (1) Ograniczenia TML, VDL, VML, VNL i VCL wymienione w AMC2 MED.B.001(a) mogą być nałożone przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub centrum medycyny lotniczej w odniesieniu do orzeczeń lekarskich 1. klasy, orzeczeń lekarskich 2. klasy oraz orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL, lub przez lekarza medycyny ogólnej w odniesieniu do orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL.
 - (2) Wszystkie pozostałe ograniczenia wymienione w AMC2 MED.B.001(a) powinny być nakładane jedynie w odniesieniu do:

- (i) orzeczeń lekarskich 1. klasy przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania kiedy wymagane jest skierowanie sprawy zgodnie z MED.B.001;
 - (ii) orzeczeń lekarskich 2. klasy przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub centrum medycyny lotniczej w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania kiedy porozumienie wymagane jest zgodnie z MED.B.001;
 - (iii) orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub centrum medycyny lotniczej.
- (d) Cofnięcie ograniczeń
- (1) W przypadku orzeczeń lekarskich 1. klasy, wszystkie ograniczenia powinny być cofane tylko przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (2) W przypadku orzeczeń lekarskich 2. klasy, ograniczenia mogą być cofnięte przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania lub przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub centrum medycyny lotniczej w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (3) W przypadku orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL, ograniczenia mogą być cofnięte przez centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej.

AMC2 MED.B.001 Ograniczenia w odniesieniu do orzeczeń lekarskich

Decyzja ED 2019/002/R

KODY OGRANICZEŃ

- (a) Na orzeczeniach lekarskich należy stosować, stosownie do przypadku, następujące skróty kodów ograniczeń:

Kod	Ograniczenie
TML	Ograniczony okres ważności orzeczenia lekarskiego
VDL	Ważne wyłącznie z okularami korekcyjnymi do dali oraz z zapasową parą takich samych okularów przy sobie
VML	Ważne wyłącznie z okularami korekcyjnymi wieloogniskowymi (do dali, widzenia pośredniego i do bliży) oraz z zapasową parą takich samych okularów przy sobie
VNL	Ważne wyłącznie z okularami korekcyjnymi do bliży oraz z zapasową parą takich samych okularów przy sobie
CCL	Korekcja widzenia soczewkami kontaktowymi

VCL	Ważne wyłącznie w ciągu dnia
RXO	Specjalistyczne badanie(-a) okulistyczne
SIC	Specjalne badanie(-a) medyczne
HAL	Ważne wyłącznie przy noszeniu urządzeń poprawiających komfort słyszenia
APL	Ważne wyłącznie z zatwierdzoną protezą
AHL	Ważne wyłącznie w systemie ręcznego sterowania
OML	Ważne wyłącznie w przypadku pełnienia funkcji lub w obecności wykwalifikowanego drugiego pilota
OCL	Ważne wyłącznie w przypadku pełnienia funkcji drugiego pilota
OSL	Ważne wyłącznie z innym pilotem bezpieczeństwa (posiadającym kwalifikacje do pełnienia funkcji pilota) oraz na statku powietrznym z podwójnym układem sterującym
OPL	Ważne wyłącznie bez prawa przewozu pasażerów
ORL	Ważne wyłącznie z pilotem bezpieczeństwa (innym pilotem posiadającym kwalifikacje do pełnienia funkcji pilota) jeżeli na pokładzie są pasażerowie
OAL	Ograniczone do określonego typu statku powietrznego
SSL	Ograniczenia specjalne wg zaznaczenia

(b) Skróty kodów ograniczeń powinny być wyjaśnione posiadaczowi orzeczenia lekarskiego w następujący sposób:

(1) TML – Ograniczenie czasowe

Okres ważności orzeczenia lekarskiego jest ograniczony do czasu, jaki określono w orzeczeniu lekarskim. Okres ważności rozpoczyna się w dniu przeprowadzenia badania lekarskiego. Jakikolwiek okres ważności pozostały z poprzedniego orzeczenia lekarskiego traci ważność. Posiadacz orzeczenia lekarskiego powinien stawić się na kolejne badanie zgodnie z informacjami jakie otrzymał i stosować wszelkie zalecenia medyczne.

(2) VDL – Noszenie okularów korekcyjnych do dali i posiadania przy sobie zapasowej pary takich samych okularów

Korekcja upośledzonego widzenia dali: podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji, posiadacz orzeczenia lekarskiego powinien nosić okulary lub soczewki kontaktowe poprawiające ostrość widzenia dali zapisane podczas badania lekarskiego i zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej. Soczewki kontaktowe mogą być stosowane tylko wówczas, jeżeli wyda na to zgodę centrum medycyny lotniczej, lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny ogólnej. Okulary zapasowe zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza

orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej powinny być w każdej chwili dostępne.

- (3) VML – Noszenie okularów korekcyjnych wieloogniskowych oraz posiadanie przy sobie zapasowej pary okularów

Korekcja upośledzonego widzenia dali, widzenia pośredniego i widzenia bliży: podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji, posiadacz orzeczenia lekarskiego powinien nosić okulary korygujące widzenie dali, widzenie pośrednie i widzenie bliży zapisane podczas badania lekarskiego i zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej. Soczewki kontaktowe ani okulary pełnoramkowe (ang. *full frame spectacles*), nawet używane wyłącznie do widzenia bliży, nie mogą być stosowane. Okulary zapasowe zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej powinny być w każdej chwili dostępne.

- (4) VNL – Posiadanie przy sobie okularów korekcyjnych oraz zapasowej pary okularów

Korekcja upośledzonego widzenia bliży: podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji, posiadacz orzeczenia lekarskiego powinien posiadać w każdej chwili dostępne okulary korekcyjne do widzenia bliży zapisane podczas badania lekarskiego i zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej. Soczewki kontaktowe ani okulary pełnoramkowe (ang. *full frame spectacles*), nawet używane wyłącznie do widzenia bliży, nie mogą być stosowane. Okulary zapasowe zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej powinny być w każdej chwili dostępne.

- (5) CCL – Noszenie soczewek kontaktowych korygujących upośledzone widzenie dali

Korekcja upośledzonego widzenia dali: podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji, posiadacz orzeczenia lekarskiego powinien nosić soczewki kontaktowe, które korygują upośledzone widzenie dali, zapisane podczas badania lekarskiego i zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej. Okulary zapasowe zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej powinny być w każdej chwili dostępne do natychmiastowego zastosowania podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji.

- (6) VCL – Ważne wyłącznie w ciągu dnia

To ograniczenie pozwala posiadaczom orzeczenia lekarskiego 2. klasy lub orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL o różnym stopniu upośledzenia widzenia kolorów na korzystanie z przywilejów wynikających z licencji tylko w ciągu dnia.

- (7) RXO – Specjalistyczne badanie(-a) okulistyczne

Specjalistyczne badanie(-a) okulistyczne, inne niż badanie określone w Części MED, jest wymagane z ważnego powodu.

- (8) SIC – Specjalne badanie(-a) medyczne, w kontakcie z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania

Ograniczenie to wymaga od centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej, aby przed przystąpieniem do oceny lotniczo-lekarskiej w celu wznowienia lub przedłużenia orzeczenia, skontaktować się z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Ograniczenie to może dotyczyć historii medycznej lub dodatkowych badań, o których centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej powinni mieć wiedzę przed wykonaniem oceny.

- (9) HAL – Noszenie urządzeń poprawiających słuch

Podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji, posiadacz orzeczenia lekarskiego powinien stosować urządzenie(-a) kompensujące ubytek słuchu, które zostało(-y) zapisane podczas badania lekarskiego i zaaprobowane przez centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej. Zapasowy komplet baterii powinien być w każdej chwili dostępny.

- (10) APL – Ważne wyłącznie z zatwierdzoną protezą

Ograniczenie to dotyczy posiadacza orzeczenia lekarskiego ze schorzeniem układu mięśniowo-szkieletowego, w sytuacji gdy medyczny test sprawdzający w locie lub medyczny test sprawdzający w symulatorze lotniczym wykazał, że zastosowanie protezy jest niezbędne do bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji. Proteza, która ma być używana, powinna być zatwierdzona.

- (11) AHL – Ważne wyłącznie w systemie ręcznego sterowania

Ograniczenie to dotyczy posiadacza orzeczenia lekarskiego z brakiem kończyn lub innym problemem anatomicznym, który został wykazany podczas medycznego testu sprawdzającego w locie lub medycznego testu sprawdzającego w symulatorze lotniczym, który jest dopuszczalny, ale wymaga wyposażenia statku powietrznego w odpowiednie, zatwierdzone układy sterowania ręcznego.

- (12) OML – Ważne wyłącznie w przypadku pełnienia funkcji lub w obecności wykwalifikowanego drugiego pilota

Ograniczenie to dotyczy posiadaczy orzeczenia lekarskiego 1. klasy, którzy nie spełniają wymogów lotniczo-lekarskich dla operacji w załodze jednoosobowej, ale są zdolni do wykonywania operacji w załodze wieloosobowej. Patrz MED.B.001(d)(1).

- (13) OCL – Ważne wyłącznie w przypadku pełnienia funkcji drugiego pilota

Ograniczenie to stanowi rozszerzenie OML i jest ograniczone do funkcji drugiego pilota.

- (14) OSL – Ważne wyłącznie z pilotem bezpieczeństwa (innym pilotem posiadającym kwalifikacje do pełnienia funkcji pilota) oraz na statku powietrznym z podwójnym układem sterującym

Ograniczenie to dotyczy wyłącznie posiadaczy orzeczenia lekarskiego 2. klasy lub orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL. Pilot bezpieczeństwa

powinien być poinformowany o rodzaju ewentualnej niezdolności, na którą może cierpieć pilot, któremu wydano orzeczenie lekarskie z takim ograniczeniem i powinien być przygotowany do przejęcia sterowania statkiem powietrznym podczas lotu. Patrz MED.B.001(d)(2).

(15) OPL – Ważne wyłącznie bez prawa przewozu pasażerów

Ograniczenie to dotyczy posiadaczy orzeczenia lekarskiego 2. klasy lub orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL ze schorzeniem, które może doprowadzić do podwyższenia poziomu ryzyka dla bezpiecznego wykonania lotu podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji. Ograniczenie to powinno być stosowane w przypadku gdy ryzyko jest niedopuszczalne w lotach z przewozem pasażerów. Patrz MED.B.001(d)(3)

(16) ORL – Ważne wyłącznie z pilotem bezpieczeństwa (innym pilotem posiadającym kwalifikacje do pełnienia funkcji pilota), jeżeli na pokładzie są pasażerowie oraz na statku powietrznym z podwójnym układem sterującym

Ograniczenie to dotyczy posiadaczy orzeczenia lekarskiego 2. klasy lub orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL ze schorzeniem, które może doprowadzić do podwyższenia poziomu ryzyka dla bezpiecznego wykonania lotu podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji. Pilot bezpieczeństwa powinien być poinformowany o rodzaju ewentualnej niezdolności, na którą może cierpieć pilot, któremu wydano orzeczenie lekarskie z takim ograniczeniem i powinien być przygotowany do przejęcia sterowania statkiem powietrznym podczas lotu. Patrz MED.B.001(d)(4).

(17) OAL – Ograniczone do określonego typu statku powietrznego

Ograniczenie to dotyczy posiadacza orzeczenia lekarskiego z niedoborami kończyn lub innym problemem zdrowotnym, który został wykazany podczas medycznego testu sprawdzającego w locie lub medycznego testu sprawdzającego w symulatorze lotniczym, który jest dopuszczalny, ale wymaga ograniczenia do określonej klasy i typu statku powietrznego.

(18) SSL – Ograniczenie(-a) specjalne wg zaznaczenia

Ograniczenie to może być brane pod uwagę w sytuacji kiedy wprowadzane indywidualnie ograniczenie, które nie zostało zdefiniowane w niniejszym AMC, jest właściwe w celu zmniejszenia podwyższonego poziomu ryzyka mogącego mieć wpływ na bezpieczne wykonanie lotu. Opis SSL powinien być umieszczony w orzeczeniu lekarskim lub w odrębnym dokumencie, który należy dołączyć do orzeczenia lekarskiego.

MED.B.005 Ogólne wymagania zdrowotne

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego są poddawani ocenie zgodnie ze szczegółowymi wymaganiami zdrowotnymi określonymi w sekcji 2 i 3.

Uznaje się ich ponadto za niesprawnych, w przypadku gdy występuje u nich którekolwiek ze poniższych schorzeń pociągających za sobą częściową niewydolność czynnościową mogącą negatywnie wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji, o jaką ubiega się dany wnioskodawca, lub skutkować wystąpieniem nagłej niezdolności wnioskodawcy do bezpiecznego korzystania z tych przywilejów:

- (a) wrodzona albo nabyta nieprawidłowość;
- (b) czynna, utajona, ostra lub przewlekła choroba lub niepełnosprawność;
- (c) rana, uraz lub następstwa operacji;
- (d) bezpośrednie lub uboczne skutki przyjmowania jakichkolwiek leków o działaniu leczniczym, diagnostycznym lub profilaktycznym wydawanych na receptę lub bez recepty.

W trakcie badania lekarze orzecznicy medycyny lotniczej należy uwzględniać wpływ zwyrodnieniowych procesów starzenia na układy organizmu.

SEKCJA 2 – Wymagania zdrowotne w odniesieniu do orzeczeń lekarskich 1. i 2. klasy

MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

(a) Badanie

- (1) Standardowe badanie spoczynkowe przeprowadzane przy pomocy 12-kanalowego elektrokardiografu (EKG) i raport wykonuje się zgodnie ze wskazaniem klinicznym oraz w następujących momentach:
 - (i) w przypadku orzeczenia lekarskiego 1. klasy – podczas pierwszego badania, a następnie co 5 lat do osiągnięcia wieku 30 lat, co 2 lata do osiągnięcia wieku 40 lat, raz do roku do osiągnięcia wieku 50 lat, a następnie przy kolejnych badaniach w trybie przedłużenia lub wznowienia orzeczenia;
 - (ii) w przypadku orzeczenia lekarskiego 2. klasy – podczas pierwszego badania, podczas pierwszego badania przeprowadzanego po osiągnięciu wieku 40 lat, a następnie podczas pierwszego badania po osiągnięciu 50 lat, po czym co 2 lata.
- (2) Przeprowadzenie poszerzonej oceny układu sercowo-naczyniowego jest wymagane zgodnie ze wskazaniem klinicznym.
- (3) W przypadku orzeczenia lekarskiego 1. klasy poszerzoną ocenę układu sercowo-naczyniowego wykonuje się przy pierwszym badaniu związanym z przedłużeniem lub wznowieniem orzeczenia przeprowadzanym po osiągnięciu wieku 65 lat, a następnie co 4 lata. W przypadku wnioskodawców biorących udział w operacjach HEMS z jednym pilotem przeprowadza się poszerzoną ocenę układu sercowo-naczyniowego wykonuje się przy pierwszym badaniu związanym z przedłużeniem lub wznowieniem orzeczenia po ukończeniu 60 roku życia, a następnie w zależności od oceny czynnika ryzyka sercowo-naczyniowego.
- (4) W przypadku orzeczenia lekarskiego 1. klasy przy pierwszym badaniu oraz przy pierwszym badaniu po osiągnięciu wieku 40 lat oznacza się w surowicy poziom lipidów, w tym cholesterolu.

(b) Układ sercowo-naczyniowy – wymogi ogólne

- (1) Za niesprawnych uznaje się wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek ze wskazanych poniżej schorzeń:
 - (i) tętniak aorty piersiowej lub aorty brzusznej powyżej tętnic nerkowych, przed wykonaniem zabiegu;
 - (ii) istotne nieprawidłowości czynnościowe lub objawowe którejkolwiek z zastawek serca;
 - (iii) przeszczep serca lub serca i płuca;

- (iv) objawowa kardiomiopatia przerostowa.
- (2) Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawców z udokumentowaną historią medyczną lub rozpoznaniem któregośkolwiek ze wskazanych poniżej schorzeń, ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania:
 - (i) choroba tętnic obwodowych przed wykonaniem lub po wykonaniu zabiegu;
 - (ii) tętniak aorty piersiowej lub aorty brzusznej powyżej tętnic nerkowych po wykonaniu zabiegu;
 - (iii) tętniak aorty brzusznej poniżej tętnic nerkowych przed wykonaniem lub po wykonaniu zabiegu;
 - (iv) nieistotne czynnościowo nieprawidłowości zastawek serca;
 - (v) wykonany zabieg na zastawkach serca;
 - (vi) nieprawidłowości osierdzia, mięśnia sercowego lub wsierdzia;
 - (vii) wrodzona nieprawidłowość serca przed wykonaniem lub po wykonaniu zabiegu korygującego;
 - (viii) omdlenia wazowagalne z nieznanych przyczyn;
 - (ix) zakrzepica tętnicza lub żylna;
 - (x) zator tętnicy płucnej;
 - (xi) schorzenie układu sercowo-naczyniowego wymagające systemowego leczenia przy zastosowaniu środków przeciwkrzepliwych.
- (3) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy z ustalonym rozpoznaniem jednego ze stanów wymienionych w pkt 1 i 2 są poddawani ocenie przeprowadzanej przez kardiologa, zanim będzie można uznać ich za sprawnych w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (4) Wnioskodawców, u których występują jakiekolwiek zaburzenia pracy serca inne niż wymienione w pkt 1 i 2, można uznać za sprawnych, pod warunkiem uzyskania przez nich pozytywnego wyniku oceny kardiologicznej.
- (5) Ocena czynnika ryzyka sercowo-naczyniowego stanowi część badań do orzeczeń lekarskich 1. i 2. klasy podczas pierwszego badania po osiągnięciu wieku 40 lat, a następnie w regularnych odstępach czasu.
- (c) Ciśnienie tętnicze krwi
 - (1) Podczas każdego badania mierzone jest i wpisywane do dokumentacji ciśnienie tętnicze krwi wnioskodawcy.
 - (2) Wnioskodawcy, których ciśnienie tętnicze krwi nie mieści się w granicach normy, poddawani są dalszej ocenie pod kątem stanu ich układu sercowo-

naczyniowego i przyjmowania leków, służącej ustaleniu, czy należy ich uznać za niesprawnych zgodnie z pkt 3 i 4.

- (3) Za niesprawnych uznaje się wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek ze wskazanych poniżej schorzeń:

- (i) objawowe niedociśnienie;
- (ii) poziom ciśnienia tętniczego krwi podczas badania stale przekraczający 160 milimetrów słupa rtęci, a rozkurczowego 95 milimetrów słupa rtęci, niezależnie od tego, czy dany wnioskodawca jest w trakcie leczenia czy nie;

- (4) Wnioskodawców, którzy zaczęli przyjmować leki regulujące ciśnienie tętnicze krwi, uznaje się za niesprawnych do momentu ustalenia braku istotnych efektów ubocznych.

(d) Choroba wieńcowa

- (1) Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek z poniższych schorzeń, kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania i poddaje ocenie kardiologicznej w celu wykluczenia niedokrwienia mięśnia sercowego:

- (i) podejrzenie niedokrwienia mięśnia sercowego;
- (ii) bezobjawowa łagodna choroba wieńcowa niewymagająca leczenia przeciwduszniczego.

- (2) Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wymienionych w pkt 1, muszą zostać poddani ocenie kardiologicznej i uzyskać wynik pozytywny.

- (3) Za niesprawnych uznaje się wnioskodawców, u których występuje którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń:

- (i) niedokrwienie mięśnia sercowego;
- (ii) objawowa choroba wieńcowa;
- (iii) objawy choroby wieńcowej kontrolowanej przy pomocy leków.

- (4) Za niesprawnych uznaje się wnioskodawców ubiegających się o pierwsze wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy z historią medyczną lub rozpoznaniem któregośkolwiek z wymienionych poniżej schorzeń:

- (i) niedokrwienie mięśnia sercowego;
- (ii) zawał mięśnia sercowego;
- (iii) ponowne unaczynienie miejsca niedokrwionego w przebiegu choroby wieńcowej.

- (5) Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, u których nie występują żadne objawy choroby po przebytych zawale serca lub zabiegu korekcyjnym tętnic wieńcowych, muszą zostać poddani ocenie kardiologicznej i uzyskać wynik pozytywny, w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Wnioskodawców takich ubiegających się o przedłużenie orzeczenia lekarskiego 1. klasy kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

(e) Zaburzenia rytmu/przewodzenia

- (1) Za niesprawnych uznaje się wnioskodawców, u których występuje którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń:
- (i) objawowa choroba zatokowo-przedsionkowa;
 - (ii) całkowity blok przedsionkowo-komorowy;
 - (iii) objawowe przedłużenie QT;
 - (iv) wszczepiony automatyczny system defibrylacyjny;
 - (v) rozrusznik zapobiegający częstoskurczowi komorowemu.
- (2) Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje poważne zaburzenie przewodzenia lub rytmu serca, w tym którekolwiek ze wskazanych poniżej, kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania:
- (i) nadkomorowe zaburzenia rytmu, w tym okresowa lub stała dysfunkcja zatokowo-przedsionkowa, migotanie lub trzepotanie przedsionków oraz bezobjawowe zatrzymanie akcji węzła zatokowego;
 - (ii) całkowity blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego;
 - (iii) blok przedsionkowo-komorowy typu Mobitz 2;
 - (iv) szerokie lub wąskie zespoły częstoskurczów;
 - (v) preekscytacja komorowa;
 - (vi) bezobjawowe przedłużenie QT;
 - (vii) zapis elektrokardiogramu odpowiadający zespołowi Brugada.
- (3) Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wymienionych w pkt 2, muszą zostać poddani ocenie kardiologicznej i uzyskać wynik pozytywny, w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (4) Wnioskodawców, u których występuje którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń, można uznać za sprawnych, jeżeli uzyskali oni pozytywny wynik oceny kardiologicznej i brak jest nieprawidłowości innego rodzaju:

- (i) niepełny blok odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego;
 - (ii) całkowity blok prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego;
 - (iii) stałe odchylenie osi elektrycznej serca w lewo;
 - (iv) bezobjawowa bradykardia zatokowa;
 - (v) bezobjawowy częstoskurcz zatokowy;
 - (vi) bezobjawowe, izolowane jednolite zespoły ekotopowe komorowe lub nadkomorowe;
 - (vii) blok przedsionkowo-komorowy stopnia pierwszego;
 - (viii) blok przedsionkowo-komorowy typu Mobitz 1.
- (5) Wnioskodawców z historią medyczną dotyczącą któregośkolwiek z wymienionych poniżej schorzeń można uznać za sprawnych wyłącznie po poddaniu ich ocenie kardiologicznej i uzyskaniu przez nich wyniku pozytywnego:
- (i) terapia ablacyjna;
 - (ii) wszczepienie rozrusznika.

Wnioskodawców takich ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania. Wnioskodawców takich ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy poddaje się ocenie w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2025/002/R

(a) Badanie

Próba wysiłkowa (EKG)

Próba wysiłkowa (EKG), jeżeli jest wymagana jako uzupełnienie badania układu sercowo-naczyniowego, powinna być limitowana objawami bólowymi i zakończona przynajmniej na IV etapie wg protokołu Bruce'a lub badania równoważnego.

(b) Zagadnienia ogólne

(1) Ocena czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego

- (i) Ocena poziomu lipidów w surowicy jest istotnym elementem, a znaczące odchylenia od normy powinny podlegać przeglądowi, badaniu oraz nadzorowi przez centrum medycyny lotniczej oraz lekarza orzecznika medycyny lotniczej w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

- (ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono występowanie skumulowanych dwóch lub większej liczby czynników ryzyka powinni przejść ocenę układu sercowo-naczyniowego przeprowadzoną przez centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej, w razie konieczności w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (iii) Ocenę czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego należy przeprowadzić przy użyciu kalkulatorów ryzyka odpowiednich dla populacji docelowej i biorąc pod uwagę najnowsze wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom układu sercowo-naczyniowego.
- (iv) Ocenę czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego należy przeprowadzać co najmniej raz na 5 lat dla wnioskodawców w wieku od 40 do 49 lat, raz na 3 lata dla wnioskodawców w wieku od 50 do 59 lat i raz na 2 lata w kolejnych latach. Częstszą ocenę czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego można rozważyć, jeżeli zidentyfikowano czynniki ryzyka.

(2) Ocena układu sercowo-naczyniowego

- (i) Ocena spoczynkowego i wysiłkowego zapisu EKG powinna być wykonana przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub przez uznanego specjalistę.
- (ii) Rozszerzona ocena układu sercowo-naczyniowego powinna być wykonana w centrum medycyny lotniczej lub może być przekazana do wykonania przez kardiologa.
- (iii) W przypadku kandydatów biorących udział w operacjach HEMS w załodze jednoosobowej, którzy ukończyli 60 lat, rozszerzona ocena układu sercowo-naczyniowego powinna obejmować co najmniej następujące elementy:
 - (A) EKG spoczynkowe;
 - (B) EKG wysiłkowe;
 - (C) lipidy w surowicy;
 - (D) test hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
 - (E) echokardiografia;
 - (F) badanie tętnic szyjnych metodą ultrasonografii dopplerowskiej, a w przypadku wskazań klinicznych można rozważyć aortę piersiową lub brzuszną.

(c) Choroby obwodowych naczyń krwionośnych

Jeżeli nie stwierdza się istotnych zaburzeń czynnościowych, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności pod następującymi warunkami:

- (1) wnioskodawcy bez objawów choroby wieńcowej serca zmniejszyli czynniki ryzyka do odpowiedniego poziomu;

- (2) wnioskodawcy powinni pozostawać pod odpowiednią zapobiegawczą kontrolą farmakologiczną;
 - (3) próba wysiłkowa jest zadowalająca. Mogą być wymagane inne badania, które nie powinny wykazać dowodów na niedokrwienia mięśnia sercowego oraz brak zwężeń w naczyniach wieńcowych.
- (d) Tętniak aorty
- (1) Wnioskodawcy z tętniakiem aorty brzusznej w odcinku podnerkowym o średnicy mniejszej niż 5 cm mogą zostać uznani za zdolnych, z ograniczeniem OML przed wykonaniem zabiegu operacyjnego, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Dalsze badania kontrolne w postaci USG jamy brzusznej lub innych badań obrazowych powinny być określone przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (2) Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych, z ograniczeniem OML, po operacji tętniaka aorty piersiowej lub brzusznej, jeżeli ciśnienie tętnicze i ocena układu sercowo-naczyniowego są pozytywne. Należy przeprowadzać regularne oceny kardiologiczne.
- (e) Nieprawidłowości zastawek serca
- (1) Wnioskodawcy, u których nie stwierdzono wcześniej szmerów serca, powinni przejść badanie wykonane przez kardiologa oraz ocenę przeprowadzoną przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania. W przypadku stwierdzenia, że są one znaczące, ocena uzupełniająca powinna obejmować co najmniej wykonanie echokardiografii dopplerowskiej 2D lub badania równoważnego.
 - (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono niewielkie nieprawidłowości w funkcjonowaniu zastawek serca, mogą zostać uznani za zdolnych. Wnioskodawcy ze znaczącymi nieprawidłowościami w obrębie jakiegokolwiek zastawki serca powinni zostać uznani za niezdolnych.
 - (3) Choroby zastawek aortalnych
 - (i) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zastawkę aortalną dwupłatkową, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem braku innych nieprawidłowości w obrębie serca lub aorty. Dalsze badanie kontrolne w postaci echokardiografii, w razie konieczności, powinno zostać określone przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono stenozę aortalną, mogą zostać uznani za zdolnych, pod warunkiem, że funkcja lewej komory jest nieupośledzona, a średni gradient ciśnienia jest mniejszy niż 20 mmHg. Wnioskodawcy z otwarciem zastawki aortalnej w przeliczeniu na powierzchnię ciała większym niż $0,6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ i średnim gradientem ciśnienia większym niż 20 mmHg, jednak nie większym niż 50 mmHg, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML. Dalsze postępowanie kontrolne w postaci echokardiografii dopplerowskiej 2D, w razie konieczności, powinno zostać określone przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania we wszystkich przypadkach. Dopuszcza się stosowanie innych technik diagnostycznych z równoważnymi

zakresami norm. Należy wziąć pod uwagę regularną ocenę kardiologiczną. Wnioskodawcy z historią choroby zatorowej w krążeniu systemowym lub ze znaczącym poszerzeniem aorty piersiowej powinni zostać uznani za niezdolnych.

- (iii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono niewielką aortalną falę zwrotną, mogą zostać uznani za zdolnych. Większa fala zwrotna będzie wymagać nałożenia ograniczenia OML. Nie powinno być ewidentnej nieprawidłowości aorty wstępującej na podstawie echokardiografii dopplerowskiej 2D. Dalsze postępowanie kontrolne, w razie konieczności, powinno zostać określone przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

(4) Choroby zastawki dwudzielnej

- (i) Wnioskodawcy bezobjawowi z izolowanym klikiem śródskurczowym w następstwie wypadania płatka zastawki dwudzielnej mogą zostać uznani za zdolnych.
- (ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zwężenie mitralne na tle reumatycznym, powinni zwykle zostać uznani za niezdolnych.
- (iii) Wnioskodawcy z małą falą zwrotną, mogą zostać uznani za zdolnych. Warunki okresowych badań kardiologicznych powinien określić konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (iv) Wnioskodawcy, u których stwierdzono występowanie umiarkowanej mitralnej fali zwrotnej, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML, jeżeli echokardiografia dopplerowska 2D wykazała satysfakcjonujące wymiary lewej komory i zadowalającą funkcję mięśnia sercowego, potwierdzone próbą wysiłkową. Wymagane będzie okresowe badanie kardiologiczne określone przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (v) Wnioskodawcy, u których stwierdzono przeciążenie objętościowe lewej komory w postaci powiększenia wymiaru późnorozkurczowego lub dowodami upośledzenia funkcji skurczowej, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(f) Operacje na zastawkach serca

Wnioskodawcy po operacjach wymiany lub chirurgicznej korekcji zastawek powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona w następujących przypadkach:

- (1) Chirurgiczna korekcja wypadania zastawki dwudzielnej dopuszcza pozytywną ocenę zdolności, pod warunkiem że pooperacyjne oceny uzupełniające wykażą satysfakcjonującą funkcję lewej komory, bez skurczowego lub rozkurczowego poszerzenia jamy lewej komory i nie więcej niż minimalną falę zwrotną.
- (2) Wnioskodawcy bezobjawowi z zastawką biologiczną lub mechaniczną, którzy przez okres co najmniej 6-ciu miesięcy po zabiegu operacyjnym nie stosują leków wpływających na czynność serca, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML. Należy wykonać oceny uzupełniające, które wykażą prawidłowe funkcjonowanie zastawek i komór, poprzez następujące badania:

- (i) ujemna próba wysiłkowa limitowana objawami nietolerancji wysiłku. Badanie obrazowe perfuzji mięśnia sercowego/echokardiografia obciążeniowa powinna być wymagana, jeżeli próba wysiłkowa jest nieprawidłowa lub występują jakiegokolwiek objawy choroby wieńcowej serca;
- (ii) echokardiografia dopplerowska 2D niewykazująca wybiórczego powiększenia komór serca, zastawki biologiczne z minimalnymi zmianami strukturalnymi, badanie dopplerowskie bez zaburzeń w przepływie krwi oraz brak strukturalnych i funkcjonalnych zaburzeń pracy pozostałych zastawek serca. Frakcja skracania lewej komory powinna mieścić się w prawidłowych wartościach.

Badanie kontrole z próbą wysiłkową i echokardiografią dopplerowską 2D, jeżeli jest konieczne, powinno zostać określone przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

- (3) W przypadku konieczności zastosowania leczenia przeciwkrzepliwego po zabiegach chirurgicznych na zastawkach można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem OML, jeżeli ryzyko krwawienia jest akceptowalne, a leczenie przeciwkrzepliwie stabilne. Leczenie przeciwkrzepliwie powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Granice normy terapeutycznej INR powinny zostać określone na podstawie typu wykonanego zabiegu.

(g) Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zakrzepicę tętniczą lub żylną lub zatorowość płucną, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może zostać rozważona po upływie okresu stabilnego leczenia przeciwkrzepliwego w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Leczenie przeciwkrzepliwie powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej, a ryzyko krwawienia jest akceptowalne. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji. Wnioskodawcy, u których stwierdzono zatorowość płucną, powinni również przejść ocenę kardiologiczną. Po zaprzestaniu leczenia przeciwkrzepliwego z jakiegokolwiek powodu wnioskodawcy powinni przejść ponowną ocenę przeprowadzoną przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

(h) Pozostałe zaburzenia mięśnia sercowego

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono pierwotne lub wtórne zmiany w obrębie osierdza, mięśnia serca i wsierdza, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona po całkowitym ustąpieniu zmian i pozytywnej ocenie kardiologicznej dokonanej na podstawie badań obejmujących echokardiografię dopplerowską 2D, próbę wysiłkową i/lub badanie obrazowe perfuzji mięśnia sercowego/echokardiografię obciążeniową oraz 24-godzinny zapis EKG. Wskazane może być wykonanie koronarografii. Po pozytywnej ocenie

zdolności konieczne może być wykonywanie częstych badań kontrolnych i ograniczenie OML.

- (2) Wnioskodawcy z wrodzoną wadą serca powinni zostać uznani za niezdolnych. Wnioskodawcy po korekcie chirurgicznej lub z niewielkimi nieprawidłowościami, które są nieistotne funkcjonalnie, mogą zostać uznani za zdolnych po pozytywnej ocenie kardiologicznej. Stosowanie leków wpływających na czynność serca jest niedopuszczalne. Oceny uzupełniające mogą obejmować echokardiografię dopplerowską 2D, próbę wysiłkową i 24-godzinny zapis EKG. Potencjalne zagrożenie związane z jakimkolwiek lekiem należy rozważyć jako część oceny. Szczególną uwagę należy zwrócić na możliwość zamaskowania przez leki skutków wady wrodzonej przed lub po zabiegu chirurgicznym. Należy przeprowadzać regularne badania kardiologiczne.

(i) Omdlenie

- (1) W przypadku pojedynczego epizodu omdlenia wazowagalnego, który można wyjaśnić w sposób zadowalający, po ocenie wpływu na bezpieczeństwo lotu można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.
- (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono nawracające epizody omdleń wazowagalnych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywną ocenę zdolności można rozważyć po upływie 6 miesięcy bez nawrotów, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Ocena taka powinna obejmować:
 - (i) 12-odprowadzeniową próbę wysiłkową przeprowadzoną do IV stopnia wg protokołu Bruce'a, limitowaną wystąpieniem objawów nietolerancji wysiłku lub badanie równoważne. Jeżeli próba wysiłkowa wykaże nieprawidłowości, należy wykonać badanie obrazowe perfuzji mięśnia sercowego/echokardiografię obciążeniową lub badanie równoważne;
 - (ii) echokardiografia dopplerowska 2D niewykazująca wybiórczego poszerzenia układu komorowego serca ani strukturalnej czy funkcjonalnej nieprawidłowości zastawek, serca ani zmian w mięśniu sercowym;
 - (iii) 24-godzinny ambulatoryjny zapis EKG niewykazujący zaburzeń przewodzenia, złożonych lub przetrwałych zaburzeń rytmu ani cech niedokrwienia mięśnia sercowego.
- (3) Konieczne może być wykonanie testu pochyleniowego lub równoważnego, według przyjętych standardów, niewykazującego cech niestabilności naczynioruchowej.
- (4) Wymagane będzie wykonanie konsultacji neurologicznej.
- (5) Ograniczenie OML powinno być wymagane do upływu okresu pięciu lat przy braku nawrotów. Konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania może określić krótszy lub dłuższy okres czasu z ograniczeniem OML w zależności od indywidualnych uwarunkowań w danym przypadku.
- (6) Wnioskodawcy, którzy przebyli utratę przytomności bez znamiennych objawów ostrzegawczych, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(j) Ciśnienie tętnicze

- (1) Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego wymagać będzie oceny układu sercowo-naczyniowego w celu oszacowania ewentualnych czynników ryzyka.
- (2) Leczenie przeciwnadciśnieniowe powinno zostać uzgodnione z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Wykaz dopuszczalnych leków może zawierać:
 - (i) diuretyki niepętłowe;
 - (ii) inhibitory konwertazy ACE;
 - (iii) preparaty blokujące receptory angiotensyny II/AT1 (sartany);
 - (iv) blokery kanału wapniowego;
 - (v) wybiórcze beta blokery (zwykle hydrofilowe).
- (3) Po wdrożeniu leczenia przeciwnadciśnieniowego, wnioskodawcy powinni być poddani ponownym badaniom w celu potwierdzenia, że uzyskano zadowalający efekt leczenia oraz że leczenie nie stanowi zagrożenia dla bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji.

(k) Choroba wieńcowa serca

- (1) Bóle w klatce piersiowej niewiadomego pochodzenia wymagają przeprowadzenia pełnej oceny uzupełniającej. Wnioskodawcy, u których stwierdzono dusznicę bolesną, powinni zostać uznani za niezdolnych, bez względu na to czy jest ona łagodzona poprzez przyjmowanie leków.
- (2) W przypadku podejrzenia bezobjawowej choroby wieńcowej serca, należy wykonać próbę wysiłkową. Mogą być wymagane dalsze testy, które nie powinny wykazać niedotlenienia mięśnia serca ani znacznego zwężenia naczynia wieńcowego.
- (3) Wnioskodawcy, u których stwierdzono niedokrwienia serca podczas wykonywania próby wysiłkowej, powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (4) Po wystąpieniu epizodu niedokrwienia serca lub rewaskularyzacji, wnioskodawcy powinni ograniczyć jakiekolwiek czynniki ryzyka do odpowiedniego poziomu. Stosowanie leków w celu kontrolowania objawów sercowych jest niedopuszczalne. Wszyscy wnioskodawcy powinni być poddani wtórnemu leczeniu zapobiegawczemu.
 - (i) Dokumentacja angiograficzna wykonana w czasie lub po stwierdzeniu epizodu niedokrwienia serca lub rewaskularyzacji oraz szczegółowy opis kliniczny epizodu niedokrwienia i jakichkolwiek innych procedur operacyjnych powinny być dostępne dla konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania:
 - (A) zwężenie światła naczynia nie powinno wynosić więcej niż 50% w żadnym z głównych nieleczonych naczyń, w żadnej żyłę lub przeszczepie tętnicy lub w miejscu angioplastyki/stentowania, z wyjątkiem naczynia, które doprowadziło do zawału;

- (B) całe drzewo naczyń wieńcowych powinno zostać ocenione jako zadowalające przez kardiologa, ze zwróceniem szczególnej uwagi na wielokrotne zwężenia światła naczyń i/lub wielokrotne rewaskularyzacje;
 - (C) wnioskodawcy z nieleczonym zwężeniem światła naczyń większym niż 30% w lewej tętnicy wieńcowej (LM) lub części proksymalnej lewej tętnicy zstępującej (LAD) powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (ii) Po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia epizodu niedokrwienia serca, włącznie z rewaskularyzacją, należy wykonać następującą ocenę uzupełniającą (dopuszcza się wykonanie testów równoważnych):
- (A) próbę wysiłkową (EKG) bez objawów niedokrwienia serca ani zaburzeń rytmu lub przewodzenia;
 - (B) echokardiogram potwierdzający prawidłową funkcję lewej komory bez istotnych zaburzeń ruchomości ścian (takich jak dyskineza lub akineza) i frakcję wyrzutową lewokomorową równą 50% lub większą;
 - (C) w przypadkach angioplastyki/stentowania, skan perfuzji mięśnia sercowego lub echokardiografię obciążeniową, lub badanie równoważne, które powinny wykazać brak dowodów odwracalnego niedokrwienia mięśnia sercowego. Jeżeli istnieje jakakolwiek wątpliwość dotycząca perfuzji mięśnia sercowego w innych przypadkach (zawał lub wszczepienie bypassów), należy również wykonać skan perfuzji mięśnia sercowego lub badanie równoważne;
 - (D) dalsze oceny uzupełniające, jak np. 24-godzinny zapis EKG, które mogą okazać się niezbędne w celu oszacowania ryzyka wystąpienia znaczących zaburzeń rytmu.
- (iii) Okresowe badanie kontrolne powinny być wykonywane raz w roku (lub częściej, jeżeli to konieczne), aby zapewnić, że nie nastąpiło pogorszenie stanu układu sercowo-naczyniowego. Badanie powinno obejmować badanie kardiologiczne, próbę wysiłkową i ocenę czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Konsultant medyczny władzy uprawnionej do licencjonowania może wymagać dodatkowych ocen uzupełniających.
- (A) Po wykonaniu bypassów badanie perfuzji mięśnia sercowego, lub badanie równoważne, powinno zostać wykonane w przypadku jakichkolwiek wskazań oraz we wszystkich przypadkach w ciągu 5 lat od zabiegu.
 - (B) We wszystkich przypadkach należy rozważyć wykonanie koronarografii, jeżeli objawy, znaki lub testy nieinwazyjne wskazują na niedokrwienie mięśnia serca.
- (iv) Na podstawie pozytywnej sześciomiesięcznej (6-miesięcznej) obserwacji serca lub systematycznego śledzenia zmian można wydać pozytywną ocenę zdolności z ograniczeniem OML.

(I) Zaburzenia rytmu i przewodzenia

(1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące zaburzenia rytmu i przewodzenia, powinni przejść ocenę kardiologiczną zanim będzie można rozważyć wydanie pozytywnej oceny o zdolności z ograniczeniem OML, stosownie do przypadku. Należy wykonywać odpowiednie badania kontrolne w regularnych odstępach czasowych. Ocena taka powinna obejmować:

- (i) próbę wysiłkową (EKG) według protokołu Bruce'a lub badanie równoważne. Wnioskodawca powinien osiągnąć czwarty etap według protokołu Bruce'a i nie powinien mieć istotnych zaburzeń rytmu ani przewodzenia lub cech niedokrwienia mięśnia serca. Przed przystąpieniem do badania wymagane jest zazwyczaj odstawienie leków wpływających na czynność serca;
- (ii) 24-godzinny zapis EKG, który nie powinien wykazać istotnych zaburzeń rytmu i przewodzenia;
- (iii) echokardiografię dopplerowską 2D, która nie powinna wykazać wybiórczego powiększenia komór serca lub istotnej funkcjonalnej bądź strukturalnej nieprawidłowości, a frakcja wyrzutowa lewej komory powinna wynosić co najmniej 50%.

Dalsze badania mogą obejmować (z możliwością zastąpienia badaniami równoważnymi):

- (iv) 24-godzinny zapis EKG powtórzony w razie konieczności;
 - (v) badanie elektrofizjologiczne serca;
 - (vi) badanie obrazowe perfuzji mięśnia sercowego;
 - (vii) MRI serca;
 - (viii) koronarografię.
- (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono częste lub złożone formy zaburzeń nadkomorowych lub komorowych zespołów ekotopowych, wymagają przeprowadzenia pełnej oceny kardiologicznej.
- (3) Jeżeli w przypadku zaburzeń rytmu konieczne jest leczenie przeciwkrzepliwe, pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może być rozważona, jeżeli ryzyko krwawienia jest akceptowalne, a leczenie przeciwkrzepliwe jest stabilne. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.
- (4) Ablacja

Wnioskodawcy, którzy mieli wykonywaną ablację, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona po przeprowadzeniu skutecznej ablacji cewnikowej i będzie wymagać ograniczenia OML przynajmniej przez okres jednego roku, pod warunkiem,

że badanie elektrofizjologiczne serca wykonane po upływie co najmniej 2 miesięcy od zabiegu ablacji wykaże zadowalające efekty. W przypadkach, kiedy nie będzie pewności co do zapewnienia długoterminowego efektu w oparciu o badania inwazyjne bądź nieinwazyjne, konieczne może okazać się zastosowanie dodatkowego okresu z ograniczeniem OML i/lub okresu obserwacji.

(5) Arytmie nadkomorowe

Wnioskodawcy, u których stwierdzono istotne zaburzenia rytmu nadkomorowego, włącznie z dysfunkcją zatokowo-przedsionkową, bez względu na to czy są one przemijające czy utrwalone, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

(i) Migotanie/trzepotanie przedsionków

(A) W przypadku wnioskodawców wykonujących badanie wstępne, pozytywna ocena zdolności powinna być ograniczona do jednorazowego epizodu arytmii, który zostanie uznany przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania za niewykazujący tendencji do nawrotów.

(B) W przypadku przedłużania ważności orzeczenia lekarskiego, wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej i dostatecznie małego ryzyka udaru mózgu. Pozytywną ocenę zdolności z ograniczeniem OML można rozważyć po upływie okresu stabilnego, profilaktycznego leczenia przeciwkrzepliowego w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Leczenie przeciwkrzepliowe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.

(ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono bezobjawowe epizody pauzy zatokowej do 2,5 sekundy na podstawie spoczynkowego zapisu EKG, mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli próba wysiłkowa, echokardiografia oraz 24-godzinny ambulatoryjny zapis EKG są prawidłowe.

(iii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono objawową chorobę zatokowo-przedsionkową, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(6) Blok przedsionkowo-komorowy typu Mobitz 2

Wnioskodawcy z blokiem przedsionkowo-komorowym (AV) drugiego stopnia (blok typu Mobitz 2) będą wymagać wykonania pełnego badania kardiologicznego i mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem braku zaburzeń przewodzenia w dystalnym odcinku wiązki.

(7) Całkowity blok prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego (RBBB)

- (i) Wnioskodawcy, u których stwierdzono całkowity blok prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego, powinni przejść ocenę kardiologiczną podczas badań wstępnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona, jeżeli nie stwierdzono patologii będących podłożem bloku.
 - (ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono blok dwuwiązkowy, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML po pozytywnej ocenie kardiologicznej. Można rozważyć zniesienie ograniczenia OML, jeżeli badanie elektrofizjologiczne nie wykaze żadnego bloku podpęzkowego (ang. *infra-Hissian block*) lub zakończono 3-letni okres obserwacji z pomyślnym wynikiem.
- (8) Całkowity blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego (LBBB)
- (i) Pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może zostać rozważona pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej oraz 3-letniego okresu stabilności, oraz bez ograniczenia OML po trzech latach obserwacji i pozytywnej ocenie kardiologicznej.
 - (ii) U osób powyżej 40 roku życia konieczna jest ocena uzupełniająca tętnic wieńcowych.
- (9) Preekscytacja komorowa
- (i) Wnioskodawcy bezobjawowi z preekscytacją komorową zgłaszający się na badania wstępne mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli badanie elektrofizjologiczne, w tym indukowana farmakologicznie stymulacja układu autonomicznego, nie wykaze indukowalnego częstoskurczu nawrotnego oraz wykluczy istnienie wielu dróg dodatkowych.
 - (ii) Wnioskodawcy bezobjawowi z preekscytacją komorową zgłaszający się na badania w celu przedłużenia orzeczenia lekarskiego mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem(-ami), stosownie do przypadku. Ograniczenia mogą nie być konieczne, jeżeli badanie elektrofizjologiczne, w tym indukowana farmakologicznie stymulacja układu autonomicznego, nie wykaze indukowalnego częstoskurczu nawrotnego oraz wykluczy istnienie wielu dróg dodatkowych.
- (10) Rozrusznik serca
- Wnioskodawcy z rozrusznikiem podwsięrdziowym powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może zostać rozważona podczas przedłużania ważności orzeczenia lekarskiego nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od jego umieszczenia w sercu, pod warunkiem że:
- (i) nie ma innej współistniejącej patologii;
 - (ii) zastosowano dwubiegunowy system przewodzenia, zaprogramowany w systemie dwubiegunowym, bez możliwości automatycznego wprowadzenia zmian;
 - (iii) wnioskodawca nie jest zależny od rozrusznika;

- (iv) wnioskodawca wykonuje badania kontrolne przynajmniej co 12 miesięcy, w tym sprawdzenie pracy rozrusznika.

(11) Przedłużenie QT

Wnioskodawcy z bezobjawowym przedłużeniem QT mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

(12) Zapis elektrokardiogramu odpowiadający zespołowi Brugadów

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zespół Brugadów typu 1, powinni zostać uznani za niezdolnych. Wnioskodawcy, u których stwierdzono zespół Brugadów typu 2 lub 3, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniami, stosownie do przypadku, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

AMC2 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2025/002/R

(a) Badanie

Próba wysiłkowa (EKG)

Próba wysiłkowa (EKG), jeżeli jest wymagana jako uzupełnienie badania układu sercowo-naczyniowego, powinna być limitowana objawami bólowymi i zakończona przynajmniej do IV etapu wg protokołu Bruce'a lub badania równoważnego.

(b) Zagadnienia ogólne

(1) Ocena czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego

Ocena czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego powinna być przeprowadzana co najmniej raz na 5 lat dla wnioskodawców w wieku od 40 do 59 lat, a następnie raz na 2 lata. Częstsza ocena czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego może być rozważana, jeżeli zidentyfikowano czynniki ryzyka.

Wnioskodawcy, u których stwierdzono występowanie skumulowanych dwóch lub większej liczby czynników ryzyka powinni przejść ocenę układu sercowo-naczyniowego przeprowadzoną przez centrum medycyny lotniczej oraz lekarza orzecznika medycyny lotniczej.

(2) Ocena układu sercowo-naczyniowego

Ocena spoczynkowego i wysiłkowego zapisu EKG powinna być wykonana przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub przez uznanego specjalistę.

(c) Choroby obwodowych naczyń krwionośnych

Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona w przypadku wnioskodawcy, u którego stwierdzono chorobę obwodowych naczyń krwionośnych, lub po zabiegu chirurgicznym obwodowych naczyń krwionośnych, pod warunkiem, że nie stwierdza się znaczącego upośledzenia przepływu krwi, wszelkie czynniki ryzyka zostały zredukowane do odpowiedniego poziomu, wnioskodawca pozostaje pod

zapobiegawczą kontrolą farmakologiczną oraz nie występują cechy niedokrwienia mięśnia sercowego.

(d) Tętniak aorty

- (1) Wnioskodawcy z tętniakiem aorty brzusznej w odcinku podnerkowym o średnicy mniejszej niż 5 cm mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Należy przeprowadzać regularne oceny kardiologiczne.
- (2) Wnioskodawcy z tętniakiem aorty piersiowej lub brzusznej o średnicy mniejszej niż 5 cm mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem ORL lub OSL, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Należy przeprowadzać regularne badania kontrolne.
- (3) Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych po operacji tętniaka aorty brzusznej w odcinku podnerkowym, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Należy przeprowadzać regularne oceny kardiologiczne.
- (4) Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych, z ograniczeniem ORL lub OSL, po operacji tętniaka aorty piersiowej lub brzusznej, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Należy wykonywać regularne oceny kardiologiczne.

(e) Nieprawidłowości zastawek serca

- (1) Wnioskodawcy, u których nie stwierdzono wcześniej szmerów serca, powinni przejść badanie wykonane przez kardiologa.
- (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono niewielkie nieprawidłowości w funkcjonowaniu zastawek serca, mogą zostać uznani za zdolnych.
- (3) Choroby zastawek aortalnych
 - (i) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zastawką aortalną dwupłatkową, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem braku innych nieprawidłowości w obrębie serca lub aorty. Dalsze postępowanie kontrolne w postaci echokardiografii, w razie konieczności, powinno zostać określone przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono stenozę aortalną, mogą zostać uznani za zdolnych, pod warunkiem że funkcja lewej komory jest nieupośledzona, a średni gradient ciśnienia jest mniejszy niż 20 mmHg. Wnioskodawcy z otwarciem zastawki aortalnej w przeliczeniu na powierzchnię ciała większym niż $1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ i średnim gradientem ciśnienia większym niż 20 mmHg, jednak nie większym niż 50 mmHg, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem ORL lub OSL. Dalsze postępowanie kontrolne w postaci dopplerowskiej echokardiografii 2D, w razie konieczności, powinno zostać określone w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Dopuszcza się stosowanie innych technik diagnostycznych z równoważnymi zakresami norm. Należy wziąć pod uwagę regularną ocenę kardiologiczną. Wnioskodawcy z historią choroby zatorowości w krążeniu systemowym lub ze znaczącym poszerzeniem aorty piersiowej powinni zostać uznani za niezdolnych.

- (iii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono niewielką aortalną falę zwrotną, mogą zostać uznani za zdolnych. Wnioskodawcy z większą falą zwrotną mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OSL. Nie powinny występować ewidentne nieprawidłowości aorty wstępującej na podstawie dopplerowskiej echokardiografii 2D. Dalsze postępowanie kontrolne, w razie konieczności, powinno zostać określone w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

(4) Choroby zastawki dwudzielnej

- (i) Wnioskodawcy bezobjawowi z izolowanym klikiem śródkurczowym w następstwie wypadania płatków zastawki dwudzielnej mogą zostać uznani za zdolnych.
- (ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zwężenie mitralne na tle reumatycznym, powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (iii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono występowanie małej fali zwrotnej, mogą zostać uznani za zdolnych. Warunki okresowych badań kardiologicznych powinny zostać określone w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (iv) Wnioskodawcy, u których stwierdzono występowanie umiarkowanej fali zwrotnej mitralnej, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem ORL lub OSL, jeżeli echokardiografia dopplerowska 2D wykazała satysfakcjonujące wymiary lewej komory i zadowalającą funkcję mięśnia serca potwierdzone próbą wysiłkową. Warunki okresowych badań kardiologicznych powinny zostać określone w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (v) Wnioskodawcy, u których stwierdzono przeciążenie objętościowe lewej komory w postaci powiększenia wymiaru późnorozkurczowego lub zaburzenia kurczliwości, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(f) Operacje na zastawkach serca

- (1) Wnioskodawcy po operacji wymiany lub chirurgicznej korekcji zastawek mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej i niestosowania leków przeciwzakrzepowych.
- (2) W przypadku konieczności zastosowania leczenia przeciwkrzepliwego po zabiegach chirurgicznych na zastawkach można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem ORL lub OSL po pozytywnej ocenie kardiologicznej, jeżeli ryzyko krwawienia jest akceptowalne. Badania kontrolne powinny wykazać, że leczenie przeciwkrzepliwie jest stabilne. Leczenie przeciwkrzepliwie powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Granice normy terapeutycznej INR powinny zostać określone na podstawie typu wykonanego zabiegu. Wnioskodawcy, którzy mierzą wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem i korzystają z przywilejów wynikających z licencji tylko, jeżeli INR mieści się w granicach normy, mogą zostać uznani za zdolnych bez wyżej wymienionych ograniczeń. Wyniki INR powinny być rejestrowane i przejrane podczas

każdej oceny lotniczo-lekarskiej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych bez nakładania wyżej wymienionych ograniczeń w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.

(g) Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zakrzepicę tętniczą lub żylną albo zatorowość płucną, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywną ocenę zdolności z ograniczeniem ORL lub OSL można rozważyć po upływie okresu stabilnego leczenia przeciwkrzepliowego w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Leczenie przeciwkrzepliowe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej i ryzyko krwawienia jest akceptowalne. Wnioskodawcy, którzy mierzą wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem i korzystają z przywilejów wynikających z licencji tylko, jeżeli INR mieści się w granicach normy, mogą zostać uznani za zdolnych bez wyżej wymienionych ograniczeń. Wyniki INR powinny być rejestrowane i przejrane podczas każdej oceny lotniczo-lekarskiej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych bez nakładania wyżej wymienionych ograniczeń w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji. Wnioskodawcy, u których stwierdzono zatorowość płucną, powinni przejść ocenę kardiologiczną. Po zaprzestaniu leczenia przeciwkrzepliowego z jakiegokolwiek powodu, wnioskodawcy powinni przejść ponowną ocenę w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

(h) Pozostałe zaburzenia mięśnia sercowego

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono pierwotne lub wtórne zmiany w obrębie osierdzia, mięśnia serca i wsierdzia, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.
- (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono wrodzoną wadę serca, włącznie z tymi którzy przebyli operację korygującą, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Konieczne może okazać się przeprowadzanie regularnych kardiologicznych badań kontrolnych w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

(i) Omdlenie

- (1) W przypadku pojedynczego epizodu omdlenia wazowagalnego, który można wyjaśnić w sposób zadowalający i nie zagraża bezpieczeństwu lotniczemu, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.
- (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono nawracające epizody omdleń wazowagalnych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywną ocenę zdolności można rozważyć po upływie 6 miesięcy bez nawrotów, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Może być wskazane badanie neurologiczne.

(j) Ciśnienie tętnicze

- (1) Jeżeli ciśnienie tętnicze konsekwentnie przekracza wartości 160 skurczowe i/lub 95 rozkurczowe mmHg, z leczeniem lub bez, wnioskodawca powinien zostać uznany za niezdolnego.
 - (2) Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego wymagać będzie przeglądu innych potencjalnych czynników ryzyka.
 - (3) Wnioskodawcy z objawowym niedociśnieniem powinni zostać uznani za niezdolnych.
 - (4) Zastosowanie leczenia przeciwnadciśnieniowego nie powinno stanowić zagrożenia dla bezpieczeństwa lotu.
 - (5) Po wdrożeniu leczenia przeciwnadciśnieniowego, wnioskodawcy powinni być poddani ponownym badaniom w celu potwierdzenia, że uzyskano zadowalający efekt leczenia oraz że leczenie nie stanowi zagrożenia dla bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji.
- (k) Choroba wieńcowa serca
- (1) Bóle w klatce piersiowej niewiadomego pochodzenia wymagają przeprowadzenia pełnej oceny uzupełniającej.
 - (2) Wnioskodawcy z podejrzeniem wystąpienia bezobjawowej choroby wieńcowej serca powinni przejść badanie kardiologiczne, które nie powinno wykazać niedotlenienia mięśnia serca ani znaczącej stenozy naczynia wieńcowego.
 - (3) Wnioskodawcy, u których stwierdzono niedokrwienia serca podczas wykonywania wysiłku, powinni zostać uznani za niezdolnych.
 - (4) Po wystąpieniu epizodu niedokrwienia serca, włącznie z rewaskularyzacją, wnioskodawcy bezobjawowi powinni ograniczyć jakiekolwiek czynniki ryzyka do odpowiedniego poziomu. Stosowanie leków w celu opanowania duszniczy bolesnej jest niedopuszczalne. Wszyscy wnioskodawcy powinni być poddani wtórnemu leczeniu zapobiegawczemu.
- (i) Dokumentacja angiograficzna wykonana w czasie lub po stwierdzeniu epizodu niedokrwienia serca i szczegółowy opis kliniczny oraz jakiekolwiek inne wykonane badania diagnostyczne powinny być dostępne dla lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
- (A) Zwężenie światła naczynia nie powinno wynosić więcej niż 50% w żadnym z głównych nieleczonych naczyń, w żadnej żyły lub przeszczepie tętnicy lub w miejscu angioplastyki/stentowania, z wyjątkiem naczynia które doprowadziło do zawału.
 - (B) Całe drzewo naczyń wieńcowych powinno zostać ocenione jako zadowalające przez kardiologa, ze zwróceniem szczególnej uwagi na wielokrotne zwężenia światła naczynia i/lub wielokrotne rewaskularyzacje.
 - (C) Wnioskodawcy z nieleczonym zwężeniem światła naczynia większym niż 30% w lewej tętnicy wieńcowej (LM) lub części proksymalnej lewej tętnicy zstępującej (LAD) powinni zostać uznani za niezdolnych.

- (ii) Po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia epizodu niedokrwienia serca, włącznie z rewaskularyzacją, należy wykonać następującą ocenę uzupełniającą (dopuszcza się wykonanie testów równoważnych):
 - (A) próbę wysiłkową bez objawów niedokrwienia serca lub zaburzenia rytmu;
 - (B) echokardiogram stwierdzający prawidłową funkcję lewej komory bez istotnych zaburzeń kurczliwości ściany i frakcję wyrzutową lewokomorową równą 50% lub większą;
 - (C) w przypadkach angioplastyki/stentowania, skan perfuzji mięśnia sercowego lub echokardiografię obciążeniową, lub badanie równoważne, które powinny wykazać brak wtórnego obszaru niedokrwienia. Jeżeli istnieje jakakolwiek wątpliwość dotycząca rewaskularyzacji w miejscu zawału lub przeszczepu bypassów, należy również wykonać skan perfuzji mięśnia sercowego lub badanie równoważne;
 - (D) dalsze oceny uzupełniające, jak np. 24-godzinny zapis EKG może okazać się niezbędny w celu oszacowania ryzyka wystąpienia znaczących zaburzeń rytmu.
 - (iii) Okresowe badanie kontrolne powinny obejmować ocenę kardiologiczną.
 - (A) Po wykonaniu bypassów badanie perfuzji mięśnia sercowego (lub badanie równoważne) powinno zostać wykonane w przypadku jakichkolwiek wskazań oraz we wszystkich przypadkach w ciągu 5 lat od zabiegu wszczepienia bypassów w celu oceny sprawności bez ograniczenia OSL, OPL lub ORL.
 - (B) We wszystkich przypadkach należy rozważyć wykonanie koronarografii, jeżeli objawy, znaki lub testy nieinwazyjne wskazują na niedokrwienie mięśnia serca.
 - (iv) Na podstawie pozytywnej sześciomiesięcznej obserwacji serca lub systematycznego śledzenia zmian można wydać pozytywną ocenę zdolności. Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem ORL lub OSL pod warunkiem pozytywnej próby wysiłkowej.
- (5) Wnioskodawcy, u których stwierdzono dusznicę bolesną, powinni zostać uznani za niezdolnych, bez względu na to, czy jest leczona czy też nie.
- (I) Zaburzenia rytmu i przewodzenia
- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące zaburzenia rytmu i przewodzenia, powinni przejść ocenę kardiologiczną zanim będzie można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem ORL lub OSL, stosownie do przypadku. Ocena taka powinna obejmować:
 - (i) próbę wysiłkową (EKG) według protokołu Bruce'a lub badanie równoważne. Wnioskodawca powinien osiągnąć czwarty etap według protokołu Bruce'a i nie powinien mieć żadnych zaburzeń rytmu ani przewodzenia lub cech niedokrwienia mięśnia serca. Przed

przystąpieniem do badania wymagane jest zazwyczaj odstawienie leków wpływających na czynność serca;

- (ii) 24-godzinny zapis EKG, który nie powinien wykazać żadnych istotnych zaburzeń rytmu i przewodzenia;
- (iii) echokardiografia dopplerowska 2D, która nie powinna wykazać wybiórczego powiększenia komór serca lub istotnej funkcjonalnej bądź strukturalnej nieprawidłowości, a frakcja wyrzutowa lewej komory powinna wynosić co najmniej 50%.

Dalsze badania mogą obejmować (z możliwością zastąpienia badaniami równoważnymi):

- (iv) 24-godzinny zapis EKG powtórzony w razie konieczności;
- (v) badanie elektrofizjologiczne serca;
- (vi) badanie obrazowe perfuzji mięśnia sercowego;
- (vii) MRI serca;
- (viii) koronarografię.

- (2) Jeżeli w przypadku zaburzeń rytmu konieczne jest leczenie przeciwkrzepliwe, pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem ORL lub OSL może być rozważona, jeżeli ryzyko krwawienia jest akceptowalne, a leczenie przeciwkrzepliwe jest stabilne. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Granice normy terapeutycznej INR powinny zostać określone na podstawie typu wykonanego zabiegu. Wnioskodawcy, którzy mierzą wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem i korzystają z przywilejów wynikających z licencji tylko, jeżeli INR mieści się w granicach normy, mogą zostać uznani za zdolnych bez wyżej wymienionych ograniczeń. Wyniki INR powinny być rejestrowane i przejrane podczas każdej oceny lotniczo-lekarskiej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych bez nakładania wyżej wymienionych ograniczeń w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.

(3) Ablacja

Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po pomyślnym wykonaniu ablacji pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej przeprowadzonej po upływie co najmniej 2 miesięcy od czasu wykonania ablacji.

(4) Arytmie nadkomorowe

- (i) Wnioskodawcy, u których stwierdzono istotne zaburzenia rytmu nadkomorowego, włącznie z dysfunkcją zatokowo-przedsionkową, niezależnie od tego czy jest ona przemijająca czy utrwalona, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

- (ii) Wnioskodawcy, u których stwierdzono migotanie/trzepotanie przedsionków mogą zostać uznani za zdolnych na podstawie pozytywnej oceny kardiologicznej i dostatecznie niskiego ryzyka udaru mózgu. Jeżeli konieczne jest leczenie przeciwkrzepliwe, pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem ORL lub OSL może być rozważona po upływie okresu stabilnego leczenia przeciwkrzepliwego, w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Granice normy terapeutycznej INR powinny zostać określone na podstawie typu wykonanego zabiegu. Wnioskodawcy, którzy mierzą wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem i korzystają z przywilejów wynikających z licencji tylko, jeżeli INR mieści się w granicach normy, mogą zostać uznani za zdolnych bez wyżej wymienionych ograniczeń. Wyniki INR powinny być rejestrowane i przejrane podczas każdej oceny lotniczo-lekarskiej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych bez nakładania wyżej wymienionych ograniczeń w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.
 - (iii) Wnioskodawcy z bezobjawowymi epizodami pauzy zatokowej (braku rytmu zatokowego) do 2,5 sekundy stwierdzonej na podstawie spoczynkowego zapisu EKG mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.
- (5) Blok serca
- (i) Wnioskodawcy z blokiem przedsionkowo-komorowym (AV) pierwszego stopnia oraz blokiem typu Mobitz 1 mogą zostać uznani za zdolnych.
 - (ii) Wnioskodawcy z blokiem typu Mobitz 2 mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem braku zaburzeń przewodzenia w dystalnym odcinku wiązki.
- (6) Całkowity blok prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego (RBBB)
- Wnioskodawcy, u których stwierdzono całkowity blok prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego, powinni poddać się ocenie kardiologicznej przy pierwszym zgłoszeniu. Uznanie zdolności może być rozważone, jeśli nie ma żadnej ukrytej patologii.
- (7) Całkowity blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego (LBBB)
- Wnioskodawcy, u których stwierdzono całkowity blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego, mogą zostać uznani za zdolnych z odpowiednimi ograniczeniami, takimi jak ORL, oraz pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.
- (8) Preekscytacja komorowa

Wnioskodawcy bezobjawowi z preekscytacją komorową mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniami, stosownie do przypadku, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Ograniczenia mogą nie być konieczne, jeżeli przeprowadzono badanie elektrofizjologiczne serca, którego wyniki są pozytywne.

(9) Rozrusznik serca

Wnioskodawcy z rozrusznikiem podwiersdziejowym powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od jego umieszczenia w sercu, pod warunkiem że:

- (i) nie ma innej współistniejącej patologii;
- (ii) zastosowano dwubiegunowy system przewodzenia, zaprogramowany w systemie dwubiegunowym, bez możliwości automatycznego wprowadzenia zmian;
- (iii) wnioskodawca nie jest zależny od rozrusznika;
- (iv) wnioskodawca wykonuje badania kontrolne przynajmniej co 12 miesięcy, w tym sprawdzenie pracy rozrusznika.

(10) Przedłużenie QT

Wnioskodawcy z bezobjawowym przedłużeniem QT mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem ORL lub OSL, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

(11) Zapis elektrokardiogramu odpowiadający zespołowi Brugadów

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zespół Brugadów typu 1, powinni zostać uznani za niezdolnych. Wnioskodawcy, u których stwierdzono zespół Brugadów typu 2 lub 3, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniami, stosownie do przypadku, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

(m) Przeszczep serca lub serca/płuc

- (1) Wnioskodawcy, którzy przeszli przeszczep serca lub serca/płuc, mogą zostać uznani za zdolnych, z odpowiednimi ograniczeniami, takimi jak ORL, nie wcześniej niż 12 miesięcy po przeszczepie, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej wraz z:

- (i) brakiem odrzucenia w pierwszym roku po przeszczepie;
- (ii) brakiem istotnych arytmii;
- (iii) frakcją wyrzutową lewej komory $\geq 50\%$;
- (iv) próbą wysiłkową limitowaną objawami nietolerancji wysiłku; oraz
- (v) angiogramem wieńcowym, jeżeli jest wskazany;

- (2) Należy wykonywać regularne badania kardiologiczne.

GM1 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2019/002/R

CHOROBY ZASTAWKI DWUDZIELNEJ

- (a) Niewielka niedomykalność powinna wykazywać brak pogrubienia płatków zastawek lub ich wypadania, a wewnętrzny wymiar przedsionka mniejszy lub równy 4.0 cm.
- (b) Poniższe informacje mogą wskazywać na poważną falę zwrotną:
 - (1) wymiar wewnętrzny LVDD (rozkurcz) > 6,0 cm; lub
 - (2) wymiar wewnętrzny LVSD (skurcz) > 4,1 cm; lub
 - (3) wewnętrzny wymiar lewego przedsionka > 4,5 cm.
- (c) Przy ocenie nasilenia odpływu mogą okazać się pomocne wskaźniki dopplerowskie jak szerokość fali, przesunięcie wsteczne oraz obecność przepływu wstecznego w żyłach płucnych.

GM2 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2019/002/R

PREEKSCYTACJA KOMOROWA

Wnioskodawcy bezobjawowi z preekscytacją komorową mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli spełniają następujące kryteria, co może również wskazywać na zadowalającą ocenę elektrofizjologiczną:

- (a) okres refrakcji > 300 ms;
- (b) brak indukowanego migotania przedsionków.

GM3 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2019/002/R

LECZENIE PRZECIWKRZEPLIWE

Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe, które wymagają monitorowania za pomocą badań INR, powinni mierzyć wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem, a przywileje wynikające z licencji powinny być wykorzystywane tylko, jeżeli wskaźnik INR mieści się w granicach normy. Wynik INR powinien być rejestrowany, a następnie przeglądany podczas każdej oceny lotniczo-lekarskiej.

GM4 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2019/002/R

CHOROBA ZASTAWKI DWUDZIELNEJ

- (a) Niewielka niedomykalność powinna wykazywać brak pogrubienia płatków zastawek lub ich wypadania, a wewnętrzny wymiar przedsionka mniejszy lub równy 4.0 cm.
- (b) Poniższe informacje mogą wskazywać na poważną falę zwrotną:
 - (1) wymiar wewnętrzny LVDD (rozkurcz) > 6,0 cm; lub
 - (2) wymiar wewnętrzny LVSD (skurcz) > 4,1 cm; lub
 - (3) wewnętrzny wymiar lewego przedsionka > 4,5 cm.
- (c) Przy ocenie nasilenia odpływu mogą okazać się pomocne wskaźniki dopplerowskie jak szerokość fali, przesunięcie wsteczne oraz obecność przepływu wstecznego w żyłach płucnych.

GM5 MED.B.010 Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2019/002/R

PREEKSCYTACJA KOMOROWA

Wnioskodawcy bezobjawowi z preekscytacją komorową mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli spełniają następujące kryteria:

- (a) brak indukowalnego częstoskurczu nawrotnego;
- (b) okres refrakcji > 300 ms;
- (c) brak indukowanego migotania przedsionków;
- (d) brak dowodów na istnienie wielu dróg dodatkowych.

GM1 MED.B.010(b) Układ sercowo-naczyniowy

Decyzja ED 2025/002/R

- (a) Ocena czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego

Kalkulator ryzyka jest konstruowany jako równanie ze współczynnikami regresji dla każdego uwzględnionego czynnika ryzyka, w oparciu o analizę statystyczną danych z populacji określonego regionu, aby zapewnić przybliżoną ocenę ryzyka. Kalkulator ryzyka, który ma być używany do badań przesiewowych pilotów CAT, powinien być odpowiedni dla pochodzenia etnicznego pilotów poddawanych badaniom i powinien przewidywać 5–10-letnie ryzyko zdarzeń nieśmiertelnych, takich jak ostre zespoły wieńcowe lub udar, a także śmiertelnych zdarzeń sercowych, ponieważ oba mogą prowadzić do całkowitej niezdolności do pracy w trakcie lotu.

Zaleca się korzystanie z narzędzia do szacowania ryzyka opartego na populacjach podobnych do najczęściej występującej populacji docelowej. Żaden kalkulator ryzyka nie jest doskonały, a przy podejmowaniu decyzji, które narzędzia należy użyć, należy dokonać oceny zalet i wad. Na przykład, najpopularniejszymi narzędziami opartymi na populacji europejskiej są: SCORE 2, PROCAM, AGLA i QRISK 3.

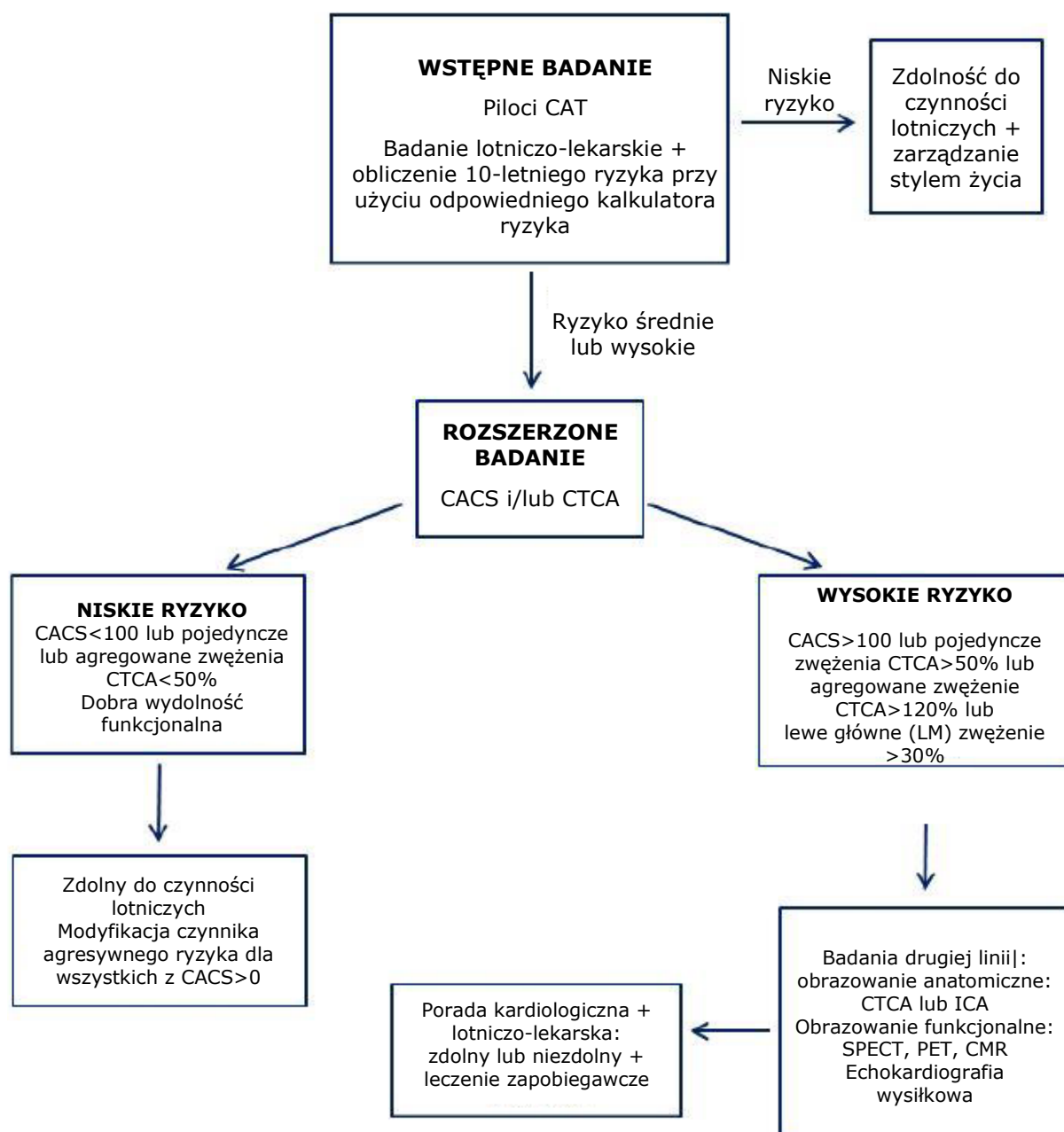
W ocenie ryzyka lekarze orzecznicy medycyny lotniczej powinni należycie uwzględnić najnowsze opublikowane wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W momencie sporządzania projektu najnowsze wytyczne to „Wytyczne ESC z 2021 r. dotyczące zapobiegania chorobom układu sercowo-naczyniowego w praktyce klinicznej”.

(b) Ocena układu sercowo-naczyniowego

Zaleca się, aby w przypadku wnioskodawców biorących udział w operacjach HEMS w załodze jednoosobowej, którzy ukończyli 60 lat, ocena układu sercowo-naczyniowego uwzględniała poziom ryzyka przy podejmowaniu decyzji o rozszerzonych badaniach przesiewowych.

W tym względzie poniższy algorytm przedstawiony na schemacie blokowym dostosowany przez Simonsa i in. (2019) z Graya i in. (2019) ma na celu wsparcie lekarzy orzeczników medycyny lotniczej i konsultantów medycznych. Klasyfikacja poziomu ryzyka niskiego, średniego lub wysokiego jest podawana na podstawie stosowanego wyniku układu sercowo-naczyniowego. Rozszerzone badania przesiewowe leżą w gestii konsultanta kardiologa.

Skróty użyte w schemacie blokowym: CACS = wskaźnik uwapnienia tętnic wieńcowych; CTCA = koronarografia tomografii komputerowej; SPECT = pozytonowa tomografia emisyjna; PET = pozytonowa tomografia emisyjna; CMR = rezonans magnetyczny serca; ICA = inwazyjna koronarografia. [Simons i in. (2019)]



MED.B.015 Układ oddechowy

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

- (a) Wnioskodawców z poważnym upośledzeniem czynności płuc uznaje się za niesprawnych. Uznanie ich za sprawnych jest jednak możliwe po przywróceniu funkcji płuc i stwierdzeniu, że jest prawidłowa.
- (b) Ubiegający się o orzeczenie lekarskie 1. klasy są poddawani badaniom czynnościowym płuc przy pierwszym badaniu oraz zgodnie ze wskazaniem klinicznym.
- (ba) W przypadku posiadaczy orzeczeń lekarskich 1. klasy biorących udział w operacjach HEMS z załogą jednoosobową, badania funkcjonalne płuc i obturacyjnego bezdechu

sennego (OSA) przeprowadza się przy pierwszym badaniu związanym z przedłużeniem lub wznowieniem orzeczenia po ukończeniu 60. roku życia.

- (c) Ubiegający się o orzeczenie lekarskie 2. klasy są poddawani badaniom morfologicznym i czynnościowym płuc zgodnie ze wskazaniem klinicznym lub epidemiologicznym.
- (d) Wnioskodawców z historią medyczną lub rozpoznaniem któregośkolwiek z wymienionych poniżej schorzeń można uznać za sprawnych wyłącznie po poddaniu ich ocenie wydolności układu oddechowego i uzyskaniu przez nich wyniku pozytywnego:
 - (1) astma wymagająca leczenia;
 - (2) czynna choroba zapalna układu oddechowego;
 - (3) czynna sarkoidoza;
 - (4) odma opłucnowa;
 - (5) zespół bezdechu sennego;
 - (6) poważny zabieg na klatce piersiowej;
 - (7) resekcja płuca;
 - (8) przewlekła obturacyjna choroba płuc.

Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawcy z ustalonym rozpoznaniem któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych w pkt 3 i 5 muszą zostać poddani ocenie kardiologicznej i uzyskać wynik pozytywny.

- (e) Ocena lotniczo-lekarska
 - (1) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wymienionych w lit. d), są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (2) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wymienionych w lit. d), są poddawani ocenie w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (f) Wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, którzy przeszli operację resekcji płuca, uznaje się za niesprawnych.

(a) Badanie

(1) Spirometria

Badanie spirometryczne płuc jest wymagane, jak określono w pkt MED.B.015 (b) i (c), w przypadku wnioskodawców ubiegających się o orzeczenie lekarskie 1. klasy w określonych sytuacjach. Wnioskodawcy, u których stwierdzono wskaźnik FEV1/FVC mniejszy niż 70%, powinni zostać poddani ocenie pulmonologa.

(2) Badanie radiologiczne klatki piersiowej

Zdjęcie rtg klatki piersiowej w rzucie tylno-przednim może być wymagane podczas badania wstępnego oraz badania na przedłużenie lub wznowienie orzeczenia lekarskiego ze wskazań klinicznych lub epidemiologicznych.

(b) Przewlekła choroba obturacyjna płuc

Wnioskodawcy, u których stwierdzono przewlekłą chorobę obturacyjną płuc powinni być uznani za niezdolnych. Wnioskodawcy z niewielkim upośledzeniem funkcji oddechowej mogą zostać uznani za zdolnych.

(c) Astma oskrzelowa

Wnioskodawcy, u których stwierdzono astmę oskrzelową wymagającą leczenia lub o nawracającym charakterze, mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli astma ma postać utrwaloną z zadowalającymi testami wydolności oddechowej, a leczenie farmakologiczne nie stanowi zagrożenia dla bezpieczeństwa lotu. Wnioskodawcy wymagający ogólnoustrojowego leczenia sterydami powinni zostać uznani za niezdolnych.

(d) Stany zapalne

W przypadku wnioskodawców, u których stwierdzono czynny stan zapalny dróg oddechowych, pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona po całkowitym wyleczeniu stanu zapalnego, bez następstw ubocznych i konieczności dalszego przyjmowania leków.

(e) Sarkoidoza

(1) Wnioskodawcy z czynną postacią sarkoidozy powinni zostać uznani za niezdolnych. Należy wykonać ocenę uzupełniającą w celu wykluczenia postaci układowej, zwłaszcza w odniesieniu do serca. Wydanie pozytywnej oceny zdolności może być rozważone pod warunkiem, że nie stosuje się farmakoterapii, przebieg choroby będzie pod kontrolą i wykaże jej ograniczenie tylko do nieaktywnej limfadenopatii węzkowej kiedy choroba ograniczona jest do formy nieaktywnej.

(2) Wnioskodawcy z sarkoidozą serca lub układu nerwowego powinni być uznani za niezdolnych.

(f) Odma opłucnowa

- (1) Wnioskodawcy z samoistną odmą opłucnową powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem pozytywnej oceny:
 - (i) wykonanej po upływie 1 roku od czasu wystąpienia pojedynczego epizodu odmy samoistnej;
 - (ii) podczas przedłużenia orzeczenia lekarskiego po upływie 6 tygodni po całkowitym wyleczeniu pojedynczego epizodu odmy, z ograniczeniem OML co najmniej przez 1 rok od wyleczenia;
 - (iii) po wykonanym zabiegu chirurgicznym w przypadkach nawracających epizodów odmy i całkowitym wyleczeniu.
 - (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono nawracające epizody odmy samoistnej nieleczonej chirurgicznie, powinni zostać uznani za niezdolnych.
 - (3) Istnieje możliwość wydania pozytywnej oceny zdolności w przypadku powstania odmy urazowej lub powypadkowej, pod warunkiem całkowitej jej resorpcji.
- (g) Torakochirurgia
- (1) Wnioskodawcy wymagający wykonania dużego zabiegu operacyjnego w obrębie klatki piersiowej powinni zostać uznani za niezdolnych do momentu całkowitego powrotu do zdrowia, braku objawów oraz minimalnego ryzyka powikłań.
 - (2) Pozytywna ocena zdolności po wykonaniu mniejszych zabiegów chirurgicznych może zostać rozważona pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia i pozytywnej ocenie funkcji układu oddechowego.
- (h) Zespół bezdechu sennego/zaburzenia snu
- Wnioskodawcy z niesatysfakcjonująco leczonym bezdechem sennym powinni zostać uznani za niezdolnych.
- Badanie przesiewowe w kierunku obturacyjnego bezdechu sennego (OSA) powinno obejmować wywiad anamnestyczny i ocenę czynników ryzyka OSA, takich jak zwiększone BMI oraz historię patologii układu sercowo-naczyniowego, mózgowo-naczyniowego, metabolicznego i laryngologicznego.

AMC2 MED.B.015 Układ oddechowy

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Badanie
- (1) Badanie spirometryczne powinno być wykonane ze wskazań klinicznych. Wnioskodawcy, u których stwierdzono wskaźnik FEV1/FVC mniejszy niż 70%, powinni zostać poddani specjalistycznej ocenie pulmonologa.
 - (2) W przypadkach uzasadnionych klinicznie może zaistnieć konieczność wykonania rtg klatki piersiowej w projekcji tylnoprzodnej.
- (b) Przewlekła choroba obturacyjna płuc

Wnioskodawcy z niewielkim upośledzeniem funkcji oddechowej mogą zostać uznani za zdolnych.

(c) Astma oskrzelowa

Wnioskodawcy, u których stwierdzono astmę oskrzelową, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że astma ma postać utrwaloną z pozytywnymi testami wydolności oddechowej, a leczenie farmakologiczne nie stanowi zagrożenia dla bezpieczeństwa lotu. Wnioskodawcy wymagający ogólnoustrojowego leczenia sterydami powinni zostać uznani za niezdolnych.

(d) Stany zapalne

Wnioskodawcy, u których stwierdzono czynny stan zapalny dróg oddechowych, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu całkowitego wyleczenia.

(e) Sarkoidoza

(1) Wnioskodawcy z czynną postacią sarkoidozy powinni zostać uznani za niezdolnych. Należy wykonać ocenę uzupełniającą w celu wykluczenia postaci układowej. Wydanie pozytywnej oceny zdolności może być rozważone kiedy choroba ograniczona jest do nieaktywnej formy.

(2) Wnioskodawcy z sarkoidozą serca powinni być uznani za niezdolnych.

(f) Odma opłucnowa

(1) Wnioskodawcy z samoistną odmą opłucnową powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem pozytywnej oceny:

(i) wykonanej po upływie 6 tygodni od całkowitego wyleczenia pojedynczego epizodu odmy samoistnej;

(ii) w przypadku nawracającej odmy opłucnowej, po zabiegu chirurgicznym, pod warunkiem zadowalającego powrotu do zdrowia.

(2) Istnieje możliwość wydania pozytywnej oceny zdolności w przypadku powstania odmy urazowej lub powypadkowej, pod warunkiem całkowitej jej resorpcji.

(g) Torakochirurgia

Wnioskodawcy wymagający wykonania dużego zabiegu operacyjnego w obrębie klatki piersiowej powinni zostać uznani za niezdolnych do momentu całkowitego powrotu do zdrowia, braku objawów oraz minimalnego ryzyka powikłań.

(h) Zespół bezdechu sennego

Wnioskodawcy z niesatysfakcjonująco leczonym bezdechem sennym powinni zostać uznani za niezdolnych.

BADANIE PRZESIEWOWE ZESPOŁU OBTURACYJNEGO BEZDECHU SENNEGO (OSA)

- (a) Lekarze medycyny lotniczej mogą rozważyć następujący algorytm podczas badania przesiewowego swoich kandydatów pod kątem zespołu OSA:

Ocena ryzyka OSA może być brana pod uwagę podczas każdego badania lekarskiego pilotów za pomocą wyników łączących pytania dotyczące historii z wynikami badań fizycznych, takich jak wynik STOP-BANG.

- (b) Wytyczne dla lekarzy medycyny lotniczej:

Wskaźniki rozpoczęcia oceny OSA

- Wywiad z historią obejmujący co najmniej następujące kwestie:
 - Senność dzienna (tj. Skala senności Epworth)?
 - Chrapanie (co mówi małżonek/partner?)
 - Problemy psychospołeczne z powodu senności, ciężkiego chrapania
 - Obserwowalne epizody bezdechu
- Czynniki przyczyniające się:
 - BMI >30
 - Poprzednia historia bariatryczna
 - Obwód szyi: ≥ 40 cm
 - Zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze
 - Problemy z sercem
 - Arytmia
 - Zastoinowa niewydolność serca
 - CHD
 - Poprzedni TIA, udar
 - Cukrzyca typu 2
 - Laryngologia
 - Niedrożność nosa
 - Ortodoncja/Retrognacja

- Badanie ustno-gardłowe – np. zmodyfikowana skala Mallampatiego lub pozycja języka Friedmana

Metodyka (jeśli wskazano):

- Nocna oksymetria
- Poligrafia oddechowa
- Polisomnografia w certyfikowanych laboratoriach snu
- Ostateczna ocena czujności:
 - Test utrzymania czuwania (MWT)
 - Wielokrotny test latencji snu (MSLT).

MED.B.020 Układ trawienny

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioskodawców, u których w następstwie choroby przewodu pokarmowego lub jego przydatków, lub zabiegu chirurgicznego na przewodzie pokarmowym lub jego przydatkach, może nastąpić utrata zdolności do wykonywania czynności podczas lotu, w szczególności jakiegokolwiek utrudnienie wskutek zwężenia lub ucisku, uznaje się za niesprawnych.
- (b) Wnioskodawców, u których występują przepukliny mogące przyczynić się do wystąpienia objawów skutkujących utratą zdolności do wykonywania czynności podczas lotu, uznaje się za niesprawnych.
- (c) Wnioskodawców, u których występuje którekolwiek z wymienionych poniżej zaburzeń układu żołądkowo-jelitowego, można uznać za sprawnych pod warunkiem uzyskania przez nich pozytywnego wyniku oceny układu żołądkowo-jelitowego po ich skutecznym wyleczeniu lub pełnym wyzdrowieniu po zabiegu:
 - (1) nawracające zaburzenie dyspeptyczne wymagające leczenia;
 - (2) zapalenie trzustki;
 - (3) objawowa kamica żółciowa;
 - (4) rozpoznanie kliniczne lub udokumentowana historia medyczna przewlekłej choroby zapalnej jelita;
 - (5) przebyty zabieg chirurgiczny na przewodzie pokarmowym lub jego przydatkach, w tym zabieg całkowitego lub częściowego wycięcia lub obojęcia w odniesieniu do któregośkolwiek z tych organów.
- (d) Ocena lotniczo-lekarska
 - (1) Wnioskodawcy z rozpoznaniem dotyczącym któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych w lit. c) pkt 2, 4 i 5, ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

- (2) Sprawność wnioskodawców z rozpoznaniem schorzenia wskazanego w lit. c) pkt 2, ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, ocenia się w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.020 Układ trawienny

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Żylaki przełyku

Wnioskodawcy, u których stwierdzono żylaki przełyku, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(b) Zapalenie trzustki

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zapalenie trzustki, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu wykonania oceny. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona, jeżeli usunięta zostanie przyczyna.

(c) Kamica pęcherzyka żółciowego

(1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono pojedynczy, duży, bezobjawowy kamień pęcherzyka żółciowego wykryty podczas przypadkowego badania, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem małego prawdopodobieństwa wystąpienia niezdolności do pracy podczas lotu.

(2) Wnioskodawcy bezobjawowi z obecnością wielu kamieni pęcherzyka żółciowego mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML.

(d) Choroba zapalna jelit

Wnioskodawcy z rozpoznaną chorobą zapalną jelit lub obciążającym wywiadem medycznym w tym kierunku powinni zostać uznani za zdolnych, jeżeli choroba jest stabilna i w okresie remisji oraz nie ma konieczności stosowania sterydów o działaniu ogólnoustrojowym.

(e) Choroba wrzodowa

Wnioskodawcy, u których stwierdzono chorobę wrzodową, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu całkowitego powrotu do zdrowia i wyleczenia zmian zapalnych.

(f) Chirurgia narządów jamy brzusznej

Wnioskodawcy, którzy przeszli zabieg operacyjny w obrębie przewodu pokarmowego lub jego przydatków polegający na częściowym lub całkowitym wycięciu lub przemieszczeniu określonego narządu, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia, całkowitego cofnięcia się objawów bólowych oraz minimalnego ryzyka powikłań pooperacyjnych lub nawrotów choroby.

(g) Choroba wątroby

Wnioskodawcy, u których stwierdzono morfologiczną lub czynnościową chorobę wątroby, lub po przebytej operacji, włącznie z przeszczepem wątroby, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny gastroenterologicznej.

(a) Żylaki przełyku

Wnioskodawcy, u których stwierdzono żylaki przełyku, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(b) Zapalenie trzustki

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zapalenie trzustki, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu zakończenia leczenia.

(c) Kamica pęcherzyka żółciowego

(1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono bezobjawową kamice pęcherzyka żółciowego z obecnością jednego lub wielu kamieni w jego świetle, mogą zostać uznani za zdolnych.

(2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono objawy kamicy pęcherzyka żółciowego z obecnością jednego lub wielu kamieni, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po usunięciu kamieni.

(d) Choroba zapalna jelit

Wnioskodawcy z rozpoznaną chorobą zapalną jelit mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że choroba jest w okresie stabilizacji, a jej potencjalne skutki nie będą wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji.

(e) Choroba wrzodowa

Wnioskodawcy, u których stwierdzono chorobę wrzodową, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu całkowitego powrotu do zdrowia.

(f) Chirurgia narządów jamy brzusznej

Wnioskodawcy, którzy przebyli zabieg operacyjny:

(1) przepukliny; lub

(2) przewodu pokarmowego lub jego przydatków polegający na częściowym lub całkowitym wycięciu lub przemieszczeniu określonego organu

powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena lekarska może zostać rozważona pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia, braku objawów i minimalnego ryzyka powikłań pooperacyjnych lub nawrotów choroby.

(g) Choroba wątroby

Wnioskodawcy, u których stwierdzono morfologiczną lub czynnościową chorobę wątroby, lub po przebytej operacji, włącznie z przeszczepem wątroby, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny gastroenterologicznej.

MED.B.025 Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioskodawcy z zaburzeniami czynności metabolicznych, związanych z odżywianiem lub wewnątrzwydzielniczych mogą zostać uznani za sprawnych, pod warunkiem że wykażą stabilność schorzenia oraz przejdą ocenę lotniczo-lekarską z pozytywnym wynikiem.
- (b) Cukrzyca
 - (1) Wnioskodawców cierpiących na cukrzycę wymagającą przyjmowania insuliny uznaje się za niesprawnych.
 - (2) Wnioskodawców cierpiących na cukrzycę niewymagającą przyjmowania insuliny uznaje się za niesprawnych, chyba że możliwe jest wykazanie, że została zapewniona właściwa regulacja poziomu cukru we krwi i jest on stabilny.
- (c) Ocena lotniczo-lekarska
 - (1) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, przyjmujący inne leki regulujące poziom cukru we krwi niż insulina, są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (2) Sprawność wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy i przyjmujących leki regulujące poziom cukru we krwi inne niż insulina ocenia się w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.025 Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, odżywiania i metabolizmu

Wnioskodawcy z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego, odżywiania i metabolizmu mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli stan przedmiotowy jest stabilny, klinicznie skompensowany i utrwalony, z lub bez terapii zastępczej pod warunkiem systematycznej kontroli i oceny przeprowadzonej przez odpowiedniego specjalistę.
- (b) Otyłość

Wnioskodawcy z Indekssem Masy Ciała (BMI) ≥ 35 mogą zostać uznani za zdolnych tylko wtedy, jeżeli przekroczenie wagi nie spowoduje zakłóceń w bezpiecznym korzystaniu z przywilejów wynikających z licencji, a wyniki oceny ryzyka, w tym oceny układu sercowo-naczyniowego oraz oceny możliwości wystąpienia bezdechu sennego, są zadowalające.
- (c) Choroba Addisona

Wnioskodawcy, u których stwierdzono chorobę Addisona, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może zostać

rozważona pod warunkiem posiadania i stosowania kortyzonu podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji.

(d) Dna moczanowa

Wnioskodawcy z ostrą dną moczanową powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona pod warunkiem braku objawów w wyniku zaprzestania leczenia i stabilizacji choroby pod wpływem leczenia przeciwmocznikowego.

(e) Dysfunkcja tarczycy

Wnioskodawcy, u których stwierdzono nadczynność lub niedoczynność tarczycy, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona pod warunkiem osiągnięcia stabilnej eutyreozy.

(f) Zaburzenia metabolizmu glukozy

Glikozuria i nieprawidłowe wartości glukozy w surowicy wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej. Wydanie pozytywnej oceny zdolności może być rozważone kiedy można wykazać prawidłową tolerancję glukozy (niski próg nerkowy) lub gdy zaburzona tolerancja jest w pełni kontrolowana dietą i regularnie poddawana obserwacji.

(g) Cukrzyca

W zależności od dobrej kontroli poziomu cukru i braku epizodów hipoglikemii:

- (1) wnioskodawcy, u których stwierdzono cukrzycę, niewymagający przyjmowania leków hipoglikemicznych mogą zostać uznani za zdolnych;
- (2) stosowanie leków przeciwcukrzycowych, które z dużym prawdopodobieństwem nie spowodują hipoglikemii może być dopuszczalne do wydania pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem OML.

AMC2 MED.B.025 Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, odżywiania i metabolizmu

Wnioskodawcy z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego, odżywiania i metabolizmu powinni zostać uznani za niezdolnych. Wydanie pozytywnej oceny zdolności może być rozważone pod warunkiem braku objawów, jeżeli osiągnięto stabilizację i kliniczną kompensację choroby.

(b) Otyłość

Wnioskodawcy z Indekssem Masy Ciała (BMI) ≥ 35 mogą zostać uznani za zdolnych tylko wtedy, jeżeli przekroczenie wagi nie spowoduje zakłóceń w bezpiecznym korzystaniu z przywilejów wynikających z licencji, a wyniki oceny ryzyka, w tym oceny układu sercowo-naczyniowego oraz oceny możliwości wystąpienia bezdechu sennego, są pozytywne.

(c) Choroba Addisona

Wnioskodawcy, u których stwierdzono chorobę Addisona, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem posiadania i możliwości zastosowania kortyzonu podczas korzystania z przywilejów wynikających z licencji.

(d) Dna moczanowa

Wnioskodawcy z ostrym atakiem dny moczanowej powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu ustąpienia objawów.

(e) Dysfunkcja tarczycy

Wnioskodawcy, u których stwierdzono dysfunkcję tarczycy, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem uzyskania stabilnej eutyreozy.

(f) Zaburzenia metabolizmu glukozy

Glikozuria i nieprawidłowe wartości glukozy w surowicy wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej. Wydanie pozytywnej oceny zdolności może być rozważone kiedy można wykazać prawidłową tolerancję glukozy (niski próg nerkowy) lub gdy zaburzona tolerancja jest w pełni kontrolowana dietą i regularnie poddawana obserwacji.

(g) Cukrzyca

Wnioskodawcy, u których stwierdzono cukrzycę, mogą być uznani za zdolnych. Stosowanie leków przeciwcukrzycowych, które prawdopodobnie nie spowodują obniżenia poziomu cukru w surowicy, może być dopuszczalne.

MED.B.030 Hematologia

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy poddaje się podczas każdego badania lotniczo lekarskiego badaniu poziomu hemoglobiny.
- (b) Wnioskodawców cierpiących na schorzenie hematologiczne można uznać za sprawnych, pod warunkiem że przejdą ocenę lotniczo-lekarską z pozytywnym wynikiem.
- (c) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń hematologicznych, są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (1) nieprawidłowości związane z hemoglobina, między innymi niedokrwistość, czerwienica lub hemoglobinopatia;
 - (2) znaczące powiększenie naczyń chłonnych;
 - (3) powiększenie śledziony;
 - (4) zaburzenia krzepnięcia, zaburzenia krwotoczne lub zakrzepowe;
 - (5) białaczka.

- (d) Sprawność wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń hematologicznych wskazanych w lit. c) pkt 4 i 5, ocenia się w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.030 Hematologia

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Nieprawidłowe wartości hemoglobiny

Nieprawidłowe wartości hemoglobiny powinny zostać poddane ocenie uzupełniającej.

(b) Niedokrwistość

(1) Wnioskodawcy z niedokrwistością objawiającą się obniżonym poziomem hemoglobiny wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej. Wnioskodawcy z hematokrytem mniejszym niż 32% powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona w przypadku kiedy pierwotna przyczyna, np. niedobór żelaza lub witaminy B12, została wyleczona, a poziom hemoglobiny lub hematokrytu został ustabilizowany na zadowalającym poziomie.

(2) Wnioskodawcy z niedokrwistością, która nie może być leczona, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(c) Erytrocytoza

Wnioskodawcy, u których stwierdzono erytrocytozę, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może zostać rozważona, jeżeli ocena uzupełniająca wykaże, że stan jest stabilny oraz nie występuje współistniejąca patologia.

(d) Hemoglobinopatia

(1) Wnioskodawcy z hemoglobinopatią powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona w przypadkach rozpoznania łagodnych postaci talasemii lub innych hemoglobinopatii przebiegających bez zaostrzeń i pod warunkiem pełnej możliwości funkcjonalnej. Poziom hemoglobiny powinien być na zadowalającym poziomie.

(2) Wnioskodawcy z anemią sierpowatą powinni zostać uznani za niezdolnych.

(e) Zaburzenia krzepliwości

(1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia krzepliwości, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona pod warunkiem braku w wywiadzie chorobowym znaczących epizodów krwawień

(2) Wnioskodawcy z małopłytkowością o liczbie płytek mniejszej niż $75 \times 10^9/L$ powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona kiedy liczba płytek krwi jest większa niż $75 \times 10^9/L$ i jest stabilna.

(f) Zaburzenia krwotoczne

Wnioskodawcy z zaburzeniami krwotocznymi wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej. Pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może zostać rozważona pod warunkiem braku w wywiadzie znaczących epizodów krwawienia.

(g) Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia zakrzepowo-zatorowe, wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona, jeżeli nie występują objawy, a ryzyko wtórnych powikłań lub nawrotu jest minimalne.
- (2) Jeżeli stosowane jest leczenie przeciwkrzepliwe, należy zapoznać się z AMC1 MED.B.010(g).
- (3) Wnioskodawcy z zatorami tętniczymi powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona w przypadku pełnego powrotu do zdrowia, braku objawów i minimalnego ryzyka wtórnych powikłań lub nawrotu.

(h) Zaburzenia układu limfatycznego

Wnioskodawcy ze znacząco powiększonymi węzłami chłonnymi miejscowo lub w formie uogólnionej, ze współistniejącymi chorobami krwi, powinni zostać uznani za niezdolnych i wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona w przypadku stwierdzenia ostrych chorób zakaźnych, które zostały całkowicie wyleczone lub w przypadku chłoniaka Hodgkina lub innych form złośliwych, które zostały wyleczone i pozostają w pełnej remisji.

(i) Białaczka

- (1) Wnioskodawcy z ostrymi postaciami białaczki powinni zostać uznani za niezdolnych. Jeżeli białaczka pozostaje w pełnej remisji, wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych.
- (2) Wnioskodawcy z białaczką przewlekłą powinni zostać uznani za niezdolnych. Po okresie zadowalającej stabilności choroby można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.
- (3) Wnioskodawcy, którzy chorowali na białaczkę, nie powinni mieć w historii choroby zajęcia centralnego układu nerwowego oraz brak objawów ubocznych leczenia mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo lotu. Poziom hemoglobiny i płytek krwi powinien być na zadowalającym poziomie. Wymagane jest wykonywanie regularnych badań kontrolnych.

(j) Powiększenie śledziony

Wnioskodawcy z powiększoną śledzioną powinni być uznani za niezdolnych i będą wymagać przeprowadzenia oceny uzupełniającej. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona kiedy powiększenie jest minimalne, utrwalone i nie ma innej towarzyszącej patologii, lub gdy powiększenie jest niewielkie i związane z innym dopuszczalnym stanem chorobowym.

(a) Nieprawidłowe wartości hemoglobiny

Ocena poziomu hemoglobiny powinna być wykonywana ze wskazań klinicznych.

(b) Niedokrwistość

Wnioskodawcy, u których stwierdzono niedokrwistość objawiającą się obniżonym poziomem hemoglobiny lub hematokrytem, mogą zostać uznani za zdolnych kiedy pierwotna przyczyna została poddana terapii, a poziom hemoglobiny lub hematokrytu został ustabilizowany na zadowalającym poziomie.

(c) Erytrocytoza

Wnioskodawcy, u których stwierdzono erytrocytozę, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem ustabilizowania zaburzenia i braku współistniejącej patologii.

(d) Hemoglobinopatia

Wnioskodawcy, u których stwierdzono hemoglobinopatię, mogą zostać uznani za zdolnych w przypadku rozpoznania łagodnych postaci talasemii lub innych hemoglobinopatii przebiegających bez zaostrzeń i pod warunkiem pełnej możliwości funkcjonalnej.

(e) Zaburzenia krzepliwości i krwawienia patologiczne

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia krzepliwości lub krwawienia patologiczne, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem braku prawdopodobieństwa wystąpienia znaczących epizodów krwawień.

(f) Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia zakrzepowo-zatorowe, mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli istnieje minimalne prawdopodobieństwo występowania zakrzepów. Jeżeli stosowane jest leczenie przeciwkrzepliwe, należy zapoznać się z AMC2 MED.B.010(g).

(g) Zaburzenia układu limfatycznego

Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące powiększenie węzłów chłonnych lub współistniejące choroby krwi, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że choroba nie będzie wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji. Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych w przypadku stwierdzenia ostrych chorób zakaźnych, które zostały całkowicie wyleczone lub w przypadku stwierdzenia chłoniaka Hodgkina lub innych złośliwych form chłoniaków, które zostały poddane leczeniu i pozostają w pełnej remisji.

(h) Białaczka

- (1) Wnioskodawcy z ostrą białaczką mogą zostać uznani za zdolnych po uzyskaniu całkowitej remisji.

- (2) Wnioskodawcy z białaczką przewlekłą mogą zostać uznani za zdolnych po okresie udokumentowanej stabilizacji choroby.
 - (3) W przypadkach (h)(1) i (h)(2) powyżej, nie powinno być historii zajęcia centralnego układu nerwowego oraz przetrwałych skutków ubocznych leczenia mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo lotu. Poziom hemoglobiny oraz płytek krwi powinien być na zadowalającym poziomie. Wymagane jest wykonywanie regularnych badań kontrolnych.
- (i) Powiększenie śledziony

Wnioskodawcy, u których stwierdzono powiększenie śledziony, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że powiększenie jest minimalne, stabilne i bez towarzyszącej patologii, lub jeżeli powiększenie jest niewielkie i związane z innym dopuszczalnym stanem chorobowym.

MED.B.035 Układ moczowo-płciowy

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Analiza moczu wchodzi w zakres każdego badania lotniczo-lekarskiego. Wnioskodawców uznaje się za niesprawnych, jeżeli ich mocz zawiera cokolwiek, co wskazywałoby na stan chorobowy, który pociągałby za sobą częściową niewydolność czynnościową, mogącą prawdopodobnie zagrozić bezpiecznemu korzystaniu z przywilejów wynikających z licencji lub skutkować wystąpieniem nagłej niezdolności wnioskodawcy do bezpiecznego korzystania z tych przywilejów.
- (b) Wnioskodawców, u których w następstwie choroby układu moczowo-płciowego lub jego przydatków lub zabiegu chirurgicznego na układzie moczowo-płciowym lub jego przydatkach może nastąpić utrata zdolności do wykonywania czynności, w szczególności jakiegokolwiek utrudnienie wskutek zwężenia lub ucisku, uznaje się za niesprawnych.
- (c) Wnioskodawców z rozpoznaniem lub historią medyczną któregokolwiek z wymienionych poniżej schorzeń można uznać za sprawnych, pod warunkiem uzyskania przez nich pozytywnego wyniku oceny układu moczowo-płciowego, stosownie do przypadku:
 - (1) choroba nerek;
 - (2) jeden lub większa liczba kamieni moczowych, bądź historia medyczna dotycząca kolek nerkowych;
- (d) Wnioskodawców, którzy przeszli poważny zabieg chirurgiczny na układzie moczowo-płciowym lub jego przydatkach związany z całkowitym lub częściowym usunięciem lub obejściem jego organów, uznaje się za niesprawnych. Mogą oni jednak zostać uznani za sprawnych po pełnym wyzdrowieniu.
- (e) Wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, o którym mowa w lit. c) i d), kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

(a) Nieprawidłowe badanie moczu

W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości w badaniu ogólnym moczu wymagane będzie przeprowadzenie oceny uzupełniającej.

(b) Choroba nerek

(1) Wnioskodawcy wykazujący jakiekolwiek oznaki choroby nerek będą powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona, jeżeli ciśnienie tętnicze krwi jest prawidłowe oraz funkcja nerek jest akceptowalna.

(2) Wnioskodawcy wymagający dializ powinni zostać uznani za niezdolnych.

(c) Kamica nerkowa

(1) Wnioskodawcy z bezobjawową kamicą nerkową lub przebytą kolką nerkową wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej.

(2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono jeden lub kilka kamieni w nerkach, powinni zostać uznani za niezdolnych i będą wymagać przeprowadzenia oceny uzupełniającej.

(3) Podczas oczekiwania na ocenę lub leczenie można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem OML.

(4) Pozytywna ocena zdolności bez ograniczenia OML może zostać rozważona po pomyślnym usunięcia kamienia.

(5) Pozytywna ocena zdolności z ograniczeniem OML może zostać rozważona w przypadku wnioskodawców, u których stwierdzono kamicę rezydualną.

(d) Chirurgia nerek/dróg moczowych

(1) Wnioskodawcy, którzy przeszli poważny zabieg operacyjny w obrębie dróg moczowych lub jego przydatków, uwzględniający całkowite lub częściowe wycięcie lub przełożenie któregoś z jego elementów, powinni zostać uznani za niezdolnych do momentu całkowitego powrotu do zdrowia, ustąpienia objawów oraz minimalnego ryzyka powikłań pooperacyjnych.

(2) W przypadku innych zabiegów chirurgicznych w obrębie dróg moczowych, można rozważyć pozytywną ocenę zdolności dla wnioskodawcy, jeżeli choroba jest całkowicie bezobjawowa oraz istnieje minimalne ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych lub nawrotu.

(3) Wnioskodawcy ze skompensowaną nefrektomią bez nadciśnienia lub uremii, mogą zostać uznani za zdolnych.

(4) Wnioskodawcy, którzy przeszli przeszczep nerek, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML pod warunkiem całkowitej kompensacji i dobrego tolerowania minimalnej terapii immunosupresyjnej po okresie co najmniej 12 miesięcy.

- (5) Wnioskodawcy, którzy przeszli całkowite usunięcie pęcherza moczowego, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML pod warunkiem prawidłowej funkcji wydalania moczu, braku infekcji i braku nawrotu leżącej u podstaw zaburzenia patologii.

AMC2 MED.B.035 Układ moczowo-płciowy

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Choroby nerek

Wnioskodawcy, u których stwierdzono chorobę nerek, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi i prawidłowej funkcji nerek. Wnioskodawcy wymagający dializ powinni zostać uznani za niezdolnych.

(b) Kamica nerkowa

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono jeden lub kilka kamieni w nerkach, powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (2) Wnioskodawcy z bezobjawową kamicą nerkową lub przebytą kolką nerkową wymagają przeprowadzenia oceny uzupełniającej.
- (3) W czasie oczekiwania na diagnostykę i leczenie można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem OSL.
- (4) W przypadku pomyślnego leczenia wnioskodawca może zostać uznany za zdolnego.
- (5) Wnioskodawcy, u których stwierdzono kamicę miąższową, mogą zostać uznani za zdolnych.

(c) Chirurgia nerek/dróg moczowych

- (1) Wnioskodawcy, którzy przeszli poważny zabieg operacyjny w obrębie dróg moczowych lub jego przydatków, uwzględniający całkowite lub częściowe wycięcie lub przełożenie któregoś z jego elementów, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu całkowitego powrotu do zdrowia, ustąpienia objawów oraz minimalnego ryzyka powikłań pooperacyjnych.
- (2) W przypadku innych zabiegów chirurgicznych w obrębie dróg moczowych, można rozważyć pozytywną ocenę zdolności dla wnioskodawcy, jeżeli choroba jest zupełnie bezobjawowa oraz istnieje minimalne ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych lub nawrotu.
- (3) Wnioskodawcy ze skompensowaną nefrektomią bez nadciśnienia lub uremii, mogą zostać uznani za zdolnych.
- (4) Wnioskodawcy, którzy przeszli przeszczep nerek, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem całkowitej kompensacji i dobrze tolerowanej, minimalnej terapii immunosupresyjnej.
- (5) Wnioskodawcy, którzy przeszli całkowite usunięcie pęcherza moczowego, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem prawidłowego wydzielania

moczu, braku infekcji i braku nawrotu leżącej u podstaw zaburzenia patologii.

MED.B.040 Choroba zakaźna

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioskodawców z rozpoznaniem klinicznym lub udokumentowaną historią medyczną jakiegokolwiek choroby zakaźnej mogącej prawdopodobnie zagrozić bezpiecznemu korzystaniu z przywilejów wynikających z licencji uznaje się za niesprawnych.
- (b) Wnioskodawców będących nosicielami wirusa HIV można uznać za sprawnych, pod warunkiem że przejdą ocenę lotniczo-lekarską z pozytywnym wynikiem. Wnioskodawców takich ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.040 Choroba zakaźna

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Choroba zakaźna. Informacje ogólne

W przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej, szczególną uwagę należy zwrócić na wywiad medyczny lub objawy kliniczne, które upośledzają układ odpornościowy organizmu.

- (b) Gruźlica

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono aktywną postać gruźlicy, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po zakończeniu terapii.
- (2) Wnioskodawcy z zagojonymi zmianami mogą być uznani za zdolnych. Specjalistyczna ocena powinna uwzględniać zakres choroby, wymagane leczenie i możliwe skutki uboczne leków.

- (c) Syfilis

Wnioskodawcy, u których stwierdzono ostrą postać choroby, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona po kompleksowym leczeniu i całkowitym powrocie do zdrowia po pierwszym i drugim stadium choroby.

- (d) Infekcja HIV

- (1) Wnioskodawców HIV seropozytywnych można uznać za zdolnych z ograniczeniem OML, jeżeli pełna ocena uzupełniająca wykaże brak dowodów na istnienie chorób związanych z HIV, które mogłyby wywołać objawy niezdolności do pracy. Należy przeprowadzać częstą ocenę stanu immunologicznego i badanie neurologiczne przez odpowiedniego lekarza specjalistę. W zależności od leku, może być wymagana ocena kardiologiczna.

- (2) Wnioskodawcy z oznakami lub objawami stanu wskazującego na AIDS powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (e) Zakaźne zapalenie wątroby

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zakaźne zapalenie wątroby, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona kiedy wnioskodawca stanie się bezobjawowy. Należy wykonywać regularne przeglądy funkcjonowania wątroby.

AMC2 MED.B.040 Choroba zakaźna

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Gruźlica
- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono aktywną postać gruźlicy, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po zakończeniu terapii.
- (2) Wnioskodawcy z zagojonymi zmianami mogą być uznani za zdolnych. Specjalistyczna ocena powinna uwzględniać zakres choroby, wymagane leczenie i możliwe skutki uboczne leków.
- (b) Infekcja HIV
- (1) Wnioskodawców HIV seropozytywnych można uznać za zdolnych, jeżeli pełna ocena uzupełniająca wykaże brak dowodów na istnienie chorób związanych z HIV, które mogłyby wywołać objawy niezdolności do pracy. Należy przeprowadzać częstą ocenę stanu immunologicznego i badanie neurologiczne przez odpowiedniego lekarza specjalistę. W zależności od leku, może być wymagana ocena kardiologiczna.
- (2) Wnioskodawcy z oznakami lub objawami stanu wskazującego na AIDS powinni zostać uznani za niezdolnych.

MED.B.045 Położnictwo i ginekologia

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioskodawców, którzy przeszli poważną operację ginekologiczną, uznaje się za niesprawnych. Mogą oni jednak zostać uznani za sprawnych po pełnym wyzdrowieniu.
- (b) Ciąża
- (1) W przypadku ciąży wnioskodawczynie może nadal korzystać ze swoich przywilejów do końca 26. tygodnia ciąży tylko wtedy, gdy centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej uzna, że jest ona sprawna w stopniu umożliwiającym korzystanie z tych przywilejów.
- (2) W przypadku posiadaczek orzeczenia lekarskiego 1. klasy będących w ciąży stosuje się OML. Niezależnie od przepisów pkt MED.B.001, w takim

przypadku OML może zostać nałożone lub zniesione przez centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej.

- (3) Wnioskodawczyni może ponownie rozpocząć korzystanie ze swoich przywilejów po powrocie do sprawności po zakończeniu ciąży.

AMC1 MED.B.045 Położnictwo i ginekologia

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Chirurgia ginekologiczna

Wnioskodawczynie, które przeszły poważny zabieg ginekologiczny, powinny zostać uznane za niezdolne. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona w przypadku pełnego powrotu do zdrowia, ustąpienia objawów oraz minimalnego ryzyka wystąpienia powikłań lub nawrotu.

(b) Ciąża

- (1) Ciężarna posiadaczka licencji może zostać uznana za zdolną z ograniczeniem OML podczas pierwszych 26 tygodni ciąży, po badaniu ginekologicznym wykonanym przez centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej, którzy powinni poinformować konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (2) Centrum medycyny lotniczej lub lekarz orzecznik medycyny lotniczej powinni przedłożyć wnioskodawczyni oraz lekarzowi prowadzącemu pisemną informację dotyczącą możliwości ewentualnych poważnych powikłań ciąży.

AMC2 MED.B.045 Położnictwo i ginekologia

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Chirurgia ginekologiczna

Wnioskodawczynie, które przeszły poważny zabieg ginekologiczny, powinny zostać uznane za niezdolne do czasu pełnego powrotu do zdrowia, ustąpienia objawów oraz minimalnego ryzyka wystąpienia powikłań lub nawrotu.

(b) Ciąża

- (1) Ciężarna posiadaczka licencji może zostać uznana za zdolną podczas pierwszych 26 tygodni ciąży po pozytywnym badaniu ginekologicznym.
- (2) Przywrócenie przywilejów wynikających z licencji jest możliwe po potwierdzeniu pełnego powrotu do zdrowia po położu lub zakończeniu ciąży.

MED.B.050 Układ mięśniowo-szkieletowy

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioskodawców, których wysokość w pozycji siedzącej, długość ramion i nóg oraz siła mięśni nie są wystarczające do bezpiecznego korzystania z przywilejów

wynikających z licencji, uznaje się za niesprawnych. Jednak wnioskodawcę, którego wysokość w pozycji siedzącej, długość ramion i nóg oraz siła mięśni są wystarczające do bezpiecznego korzystania z przywilejów w odniesieniu do określonego typu statku powietrznego, co może zostać wykazane w razie potrzeby poprzez przeprowadzenie medycznego testu sprawdzającego w locie lub medycznego testu sprawdzającego w symulatorze lotniczym, można uznać za sprawnego, przy czym ogranicza się odpowiednio jego przywileje.

- (b) Wnioskodawców, którzy nie dysponują zadowalającą zdolnością czynnościową układu mięśniowo-szkieletowego, umożliwiającą im bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji, uznaje się za niesprawnych. Jednak wnioskodawcę dysponującego zadowalającą zdolnością czynnościową układu mięśniowo-szkieletowego umożliwiającą mu bezpieczne korzystanie z przywilejów w odniesieniu do określonego typu statku powietrznego, co może zostać wykazane w razie potrzeby poprzez przeprowadzenie medycznego testu sprawdzającego w locie lub medycznego testu sprawdzającego w symulatorze lotniczym, można uznać za sprawnego, przy czym ogranicza się odpowiednio jego przywileje.
- (c) W przypadku wątpliwości powstałych w związku z ocenami, o których mowa w lit. a) i b), wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania, a wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy poddaje się ocenie w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.050 Układ mięśniowo-szkieletowy

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Wnioskodawcy, u których stwierdzono jakiekolwiek znaczące następstwa choroby, urazu lub wrodzonej nieprawidłowości wpływającej na kości, stawy, mięśnie lub ścięgna, przed lub po zabiegu chirurgicznym, wymagają pełnego badania przed wydaniem pozytywnej oceny zdolności.
- (b) Wnioskodawcy z procesem zapalnym, naciekającym, pourazowym lub chorobą degeneracyjną układu mięśniowo-szkieletowego mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że choroba jest w okresie remisji lub jest stabilna, a wnioskodawca nie przyjmuje dyskwalifikujących leków oraz pomyślnie zaliczył medyczny test sprawdzający w locie. Zastosowanie mają odpowiednie ograniczenia.
- (c) Wnioskodawcy z nieprawidłowościami układu mięśniowo-szkieletowego, w tym z otyłością, wykonując medyczny test sprawdzający w locie powinni w zadowalający sposób wykonywać wszystkie zadania wymagane dla zamierzonego rodzaju lotu, w tym procedury awaryjne i ewakuacyjne.

AMC2 MED.B.050 Układ mięśniowo-szkieletowy

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Wnioskodawcy, u których stwierdzono jakiekolwiek znaczące następstwa choroby, urazu lub wrodzonej nieprawidłowości wpływającej na kości, stawy, mięśnie lub ścięgna, przed lub po zabiegu chirurgicznym, wymagają pełnego badania przed wydaniem pozytywnej oceny zdolności.

- (b) Wnioskodawcy z procesem zapalnym, naciekającym, pourazowym lub chorobą degeneracyjną układu mięśniowo-szkieletowego mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że choroba jest w okresie remisji, a wnioskodawca nie przyjmuje dyskwalifikujących leków oraz pomyślnie zaliczył medyczny test sprawdzający w locie. Mogą mieć zastosowanie odpowiednie ograniczenia.
- (c) Wnioskodawcy, u których stwierdzono nieprawidłowy układ mięśniowo-szkieletowy, w tym otyłość, wykonujący medyczny test sprawdzający w locie, powinni w zadowalający sposób wykonywać wszystkie zadania wymagane dla zamierzonego rodzaju lotu, w tym procedury awaryjne i ewakuacyjne.

MED.B.055 Zdrowie psychiczne

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) W zakres pierwszego badania lotniczo-lekarskiego na potrzeby wydania orzeczenia lekarskiego 1. klasy wchodzi kompleksowa ocena zdrowia psychicznego.
- (b) W zakres pierwszego badania lotniczo-lekarskiego na potrzeby wydania orzeczenia lekarskiego 1. klasy wchodzi test na używanie narkotyków i alkoholu.
- (c) Wnioskodawców cierpiących na zaburzenia psychiczne lub behawioralne w wyniku używania lub nadużywania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych uznaje się za niesprawnych do czasu wyzdrowienia i uwolnienia się od uzależnienia od używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych oraz pod warunkiem przejścia oceny psychiatrycznej z pozytywnym wynikiem po skutecznym wyleczeniu.
- (d) Wnioskodawców z rozpoznaniem klinicznym lub udokumentowaną historią medyczną któregośkolwiek z wymienionych poniżej schorzeń psychiatrycznych można uznać za sprawnych wyłącznie po poddaniu ich ocenie psychiatrycznej i uzyskaniu przez nich pozytywnego wyniku:
 - (1) zaburzenia nastroju;
 - (2) zaburzenia neurotyczne;
 - (3) zaburzenia osobowości;
 - (4) zaburzenia psychiczne lub behawioralne;
 - (5) nadużywanie substancji psychoaktywnej.
- (e) Wnioskodawców, których udokumentowana historia medyczna zawiera informacje o pojedynczych lub wielokrotnych aktach umyślnego samookaleczenia lub próbach samobójstwa, uznaje się za niesprawnych. Mogą oni jednak zostać uznani za sprawnych po przejściu oceny psychiatrycznej z pozytywnym wynikiem.
- (f) Ocena lotniczo-lekarska
 - (1) Wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wymienionych w lit. c), d) lub e), kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

- (2) Sprawność wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wskazanych w lit. c), d) lub e), ocenia się w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (g) Wnioskodawców z udokumentowaną historią medyczną lub rozpoznaniem klinicznym schizofrenii, zaburzeń schizotypowych lub urojeniowych uznaje się za niesprawnych.

AMC1 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

Decyzja ED 2025/002/R

- (a) Ocena stanu zdrowia psychicznego w ramach wstępnego badania lotniczo-lekarskiego 1. klasy
 - (1) Ocena stanu zdrowia psychicznego powinna być przeprowadzona i udokumentowana z uwzględnieniem kontekstu społecznego, środowiskowego i kulturowego.
 - (2) Historia wnioskodawcy i objawy zaburzeń, które mogą stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa lotu powinny być zidentyfikowane i zarejestrowane.
 - (3) Ocena zdrowia psychicznego powinna obejmować ocenę i dokumentację:
 - (i) ogólnego podejścia do zdrowia psychicznego, w tym zrozumienie możliwych oznak zmniejszonego zdrowia psychicznego u siebie i u innych;
 - (ii) strategii radzenia sobie w okresach stresu lub presji psychicznej w przeszłości, w tym poszukiwanie porad u innych;
 - (iii) problemów z zachowaniem w dzieciństwie;
 - (iv) problemów interpersonalnych i problemów z relacjami;
 - (v) bieżącej pracy i stresorów życiowych; oraz
 - (vi) widocznych zaburzeń osobowości.
 - (4) W przypadku gdy istnieją oznaki lub istnieją dowody, że wnioskodawca może mieć zaburzenia psychiczne lub psychologiczne, wnioskodawca powinien zostać skierowany na konsultację do specjalisty.
- (b) Ocena stanu zdrowia psychicznego w ramach badania lotniczo-lekarskiego 1. klasy na przedłużenie lub wznowienie orzeczenia lekarskiego
 - (1) Ocena zdrowia psychicznego powinna obejmować przegląd i dokumentację
 - (i) bieżącej pracy i stresorów życiowych;
 - (ii) strategii radzenia sobie w okresach stresu lub presji psychicznej w przeszłości, w tym poszukiwanie porad u innych;
 - (iii) wszelkich trudności z operacyjnym zarządzaniem zasobami załogi (CRM);

- (iv) wszelkich trudności z pracodawcą i/lub innymi kolegami i menedżerami; oraz
 - (v) problemów interpersonalnych i problemów z relacjami, w tym trudności z krewnymi, przyjaciółmi i współpracownikami.
 - (2) W przypadku gdy istnieją oznaki lub istnieją dowody, że wnioskodawca może mieć zaburzenia psychiczne lub psychologiczne, wnioskodawca powinien zostać skierowany na konsultację do specjalisty.
 - (3) Ustalonymi dowodami powinny być weryfikowalne informacje z możliwego do zidentyfikowania źródła powiązane ze sprawnością psychiczną lub osobowością konkretnej osoby. Źródłami takich informacji mogą być dane o wypadkach lub incydentach, problemach podczas szkolenia lub kontroli umiejętności, zachowaniu lub wiedzy o istotnym znaczeniu dla bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji
- (c) Ocena posiadaczy orzeczenia lekarskiego 1. klasy, o której mowa w MED.B.055(d)
- Ocena posiadaczy orzeczenia lekarskiego 1. klasy, o której mowa w MED.B.055(d), może wymagać badania psychiatrycznego i psychologicznego określonego przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania. Badanie kontrolne, jeżeli jest konieczne, powinno być ustalone w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (d) Testy na obecność substancji psychoaktywnych
- (1) Testy na obecność narkotyków powinny sprawdzać obecność opioidów, kanabinoidów, amfetamin, kokainy, środków halucynogennych i uspokajających środków nasennych. Po ocenie ryzyka przeprowadzonej przez właściwy organ w populacji docelowej, testy mogą obejmować dodatkowe leki.
 - (2) W przypadku wznowienia/przedłużenia orzeczenia, można przeprowadzić losowe testy na obecność substancji psychoaktywnych na podstawie oceny ryzyka przeprowadzonej przez właściwy organ w odniesieniu do populacji docelowej. Jeśli bierze się pod uwagę wykonanie losowych testów na obecność substancji psychoaktywnych, należy je przeprowadzić i zgłosić zgodnie z procedurami opracowanymi przez właściwy organ.
 - (3) W przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność substancji psychoaktywnych, należy wymagać potwierdzenia zgodnie z krajowymi normami i procedurami dotyczącymi testów na obecność substancji psychoaktywnych.
 - (4) W przypadku pozytywnego testu potwierdzającego, należy przeprowadzić ocenę psychiatryczną zanim rozważona zostanie pozytywna ocena zdolności przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (e) Ocena i decyzje o przekazaniu sprawy
- (1) Zaburzenia psychotyczne
- Wnioskodawcy z historią medyczną lub rozpoznaniem funkcjonalnego zaburzenia psychotycznego powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona, jeżeli przyczyna może być

jednoznaczna zidentyfikowana jako przejściowa, przestała istnieć, a ryzyko nawrotu jest minimalne.

(2) Organiczne zaburzenia psychiczne

Wnioskodawcy z organicznymi zaburzeniami psychicznymi powinni zostać uznani za niezdolnych. Kiedy przyczyna została wyleczona, wnioskodawca może zostać uznany za zdolnego pod warunkiem pozytywnej oceny psychiatrycznej.

(3) Substancje psychoaktywne

Wnioskodawcy, którzy stosują substancje psychoaktywne, które mogą wpływać na bezpieczeństwo lotu, powinni być uznani za niezdolnych. Jeśli potwierdzona zostanie stabilność leczenia podtrzymującego lekami psychoaktywnymi, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny lekarskiej z ograniczeniem OML. Jeżeli dawka lub rodzaj leku ulegają zmianie, wymagany jest kolejny okres niezdolności, do momentu uzyskania stabilizacji.

(4) Schizofrenia, zaburzenie schizotypowe lub urojeniowe

Wnioskodawcy z udokumentowaną historią medyczną lub rozpoznaniem klinicznym schizofrenii, zaburzeń schizotypowych lub urojeniowych mogą być brani pod uwagę przy wydaniu pozytywnej oceny zdolności wyłącznie w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania, jeżeli pierwotna diagnoza była niewłaściwa lub niedokładna, co potwierdziła ocena psychiatryczna, lub w przypadku pojedynczego epizodu delirium, którego przyczyna była jasna, pod warunkiem, że wnioskodawca nie cierpiał na trwałe upośledzenie umysłowe.

(5) Zaburzenie nastroju

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia nastroju, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po całkowitym powrocie do zdrowia i po pełnym rozpatrzeniu indywidualnego przypadku, w zależności od charakterystyki i ciężkości zaburzenia nastroju.

(6) Zaburzenia neurotyczne, związane ze stresem lub somatyczne

W sytuacji gdy występują oznaki lub istnieją potwierdzone dowody, że wnioskodawca może cierpieć na zaburzenia neurotyczne, związane ze stresem lub somatyczne, wnioskodawca powinien zostać skierowany na konsultację psychiatryczną lub psychologiczną.

(7) Zaburzenia osobowości lub zaburzenia behawioralne

W sytuacji gdy występują oznaki lub istnieją potwierdzone dowody, że wnioskodawca może cierpieć na zaburzenia osobowości lub zaburzenia behawioralne, wnioskodawca powinien zostać skierowany na konsultację psychiatryczną lub psychologiczną.

(8) Zaburzenia spowodowane używaniem lub nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

(i) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia psychiczne lub behawioralne spowodowane używaniem lub nadużywaniem alkoholu

lub innych substancji psychoaktywnych, z uzależnieniem lub bez, powinni zostać uznani za niezdolnych.

- (ii) Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po okresie dwóch lat udokumentowanego stanu trzeźwości lub „wolności” od używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych. W przypadku przedłużania ważności lub wznowiania orzeczenia lekarskiego, pozytywna ocena zdolności może być rozważona wcześniej z ograniczeniem OML. W zależności od indywidualnych przypadków, leczenie i ocena mogą polegać na leczeniu na oddziale szpitalnym przez kilka tygodni, a następnie na włączeniu do programu wsparcia, po którym następują bieżące kontrole, w tym testy na obecność narkotyków i alkoholu oraz raporty z programu wsparcia, które mogą być wymagane w sposób nieokreślony.

(9) Umyślne samookaleczanie i próba samobójstwa

Wnioskodawcy, którzy przeprowadzili pojedyncze lub wielokrotne akty umyślnego samookaleczania lub próbę samobójstwa, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po dokładnym rozpatrzeniu indywidualnego przypadku i może wymagać przeprowadzenia badania psychiatrycznego lub psychologicznego. Może być również wymagane badanie neuropsychologiczne.

(10) Zaburzenia poznawcze

- (i) Wnioskodawcy wykazujący objawy zaburzeń poznawczych powinni przejść zadowalającą ocenę neuropsychiatryczną w celu oceny ciężkości upośledzenia poznawczego przed rozważeniem uznania za zdolnych. Wnioskodawcy z łagodnym upośledzeniem poznawczym mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML i regularnym monitorowaniem spadku funkcji poznawczych.
- (ii) W przypadku wnioskodawców powyżej 60. roku życia wykonujących operacje HEMS w załodze jednoosobowej, lekarze orzecznicy powinni zwrócić szczególną uwagę na wczesne oznaki spadku funkcji poznawczych. Jeśli konsultanci medyczni otrzymali informacje od personelu przeprowadzającego regularne szkolenia i kontrole tych wnioskodawców zgodnie z ORO.FC.230 lub od lekarza orzecznika przeprowadzającego okresowe badanie lotniczo-lekarskie dokumentujące potencjalny spadek funkcji poznawczych u takich pilotów, należy rozważyć wykonanie rozszerzonej oceny specjalistycznej.

(11) Ocena

Ocena powinna uwzględniać, czy wskazania do leczenia, skutki uboczne i ryzyko uzależnienia związane z takim leczeniem oraz cechy zaburzenia psychicznego są zgodne z bezpieczeństwem lotu.

(f) Konsultacja specjalistyczna

- (1) W przypadku konieczności przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej, lekarz specjalista, po przeprowadzeniu badania, powinien złożyć pisemny raport do lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub konsultanta medycznego władzy uprawnionej do

licencjonowania, w stosownych przypadkach, zawierający szczegółowy opis swoich opinii i zaleceń.

- (2) Badania psychiatryczne powinny być przeprowadzane przez wykwalifikowanego psychiatrę posiadającego odpowiednią wiedzę i doświadczenie w zakresie medycyny lotniczej.
- (3) Konsultacja psychologiczna powinna opierać się na klinicznej ocenie psychologicznej przeprowadzonej przez odpowiednio wykwalifikowanego i uznanego psychologa klinicznego posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie psychologii lotniczej.
- (4) Badanie psychologiczne może obejmować zbiór danych biograficznych, administrowanie umiejętnościami, a także testy osobowości i wywiad kliniczny.

AMC2 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Ocena stanu zdrowia psychicznego w ramach badania lotniczo-lekarskiego 2. klasy

- (1) Ocena stanu zdrowia psychicznego powinna być przeprowadzona i udokumentowana z uwzględnieniem kontekstu społecznego, środowiskowego i kulturowego.
- (2) Historia wnioskodawcy i objawy zaburzeń, które mogą stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa lotu powinny być zidentyfikowane i zarejestrowane.
- (3) W przypadku gdy istnieją oznaki lub istnieją dowody, że wnioskodawca może mieć zaburzenia psychiczne lub psychologiczne, wnioskodawca powinien zostać skierowany na konsultację do specjalisty.
- (4) Ustalonymi dowodami powinny być weryfikowalne informacje z możliwego do zidentyfikowania źródła powiązane ze sprawnością psychiczną lub osobowością konkretnej osoby. Źródłami takich informacji mogą być dane o wypadkach lub incydentach, problemach podczas szkolenia lub kontroli umiejętności, zachowaniu lub wiedzy o istotnym znaczeniu dla bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji.

(b) Ocena posiadaczy orzeczenia lekarskiego 2. klasy, o której mowa w MED.B.055(d)

Ocena posiadaczy orzeczenia lekarskiego 2. klasy, o której mowa w MED.B.055(d), może wymagać badania psychiatrycznego i psychologicznego określonego przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania. Badanie kontrolne, jeżeli jest konieczne, powinno być ustalone w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

(c) Ocena i decyzje o przekazaniu sprawy

(1) Zaburzenia psychotyczne

Wnioskodawcy z historią medyczną lub rozpoznaniem funkcjonalnego zaburzenia psychotycznego powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona, jeżeli przyczyna może być

jednoznaczna zidentyfikowana jako przejściowa, przestała istnieć, a ryzyko nawrotu jest minimalne.

(2) Organiczne zaburzenia psychiczne

Wnioskodawcy z organicznymi zaburzeniami psychicznymi powinni zostać uznani za niezdolnych. Kiedy przyczyna została wyleczona, wnioskodawca może zostać uznany za zdolnego pod warunkiem pozytywnej oceny psychiatrycznej.

(3) Schizofrenia, zaburzenie schizotypowe lub urojeniowe

Wnioskodawcy z udokumentowaną historią medyczną lub rozpoznaniem klinicznym schizofrenii, zaburzeń schizotypowych lub urojeniowych mogą być brani pod uwagę przy wydaniu pozytywnej oceny zdolności wyłącznie w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania, jeżeli pierwotna diagnoza była niewłaściwa lub niedokładna, co potwierdziła ocena psychiatryczna, lub w przypadku pojedynczego epizodu delirium, którego przyczyna była jasna, pod warunkiem, że wnioskodawca nie cierpiał na trwałe upośledzenie umysłowe.

(4) Zaburzenie nastroju

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia nastroju, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po całkowitym powrocie do zdrowia i po pełnym rozpatrzeniu indywidualnego przypadku, w zależności od charakterystyki i ciężkości zaburzenia nastroju.

(5) Zaburzenia neurotyczne, związane ze stresem lub somatyczne

W sytuacji gdy występują oznaki lub istnieją potwierdzone dowody, że wnioskodawca może cierpieć na zaburzenia neurotyczne, związane ze stresem lub somatyczne, wnioskodawca powinien zostać skierowany na konsultację psychiatryczną.

(6) Zaburzenia osobowości lub zaburzenia behawioralne

W sytuacji gdy występują oznaki lub istnieją potwierdzone dowody, że wnioskodawca może cierpieć na zaburzenia osobowości lub zaburzenia behawioralne, wnioskodawca powinien zostać skierowany na konsultację psychiatryczną.

(7) Substancje psychoaktywne

Wnioskodawcy, którzy stosują substancje psychoaktywne, które mogą wpływać na bezpieczeństwo lotu, powinni być uznani za niezdolnych. Jeśli potwierdzona zostanie stabilność leczenia podtrzymującego lekami psychoaktywnymi, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny lekarskiej z ograniczeniami OSL lub OPL. Jeżeli dawka lub rodzaj leku ulegają zmianie, wymagany jest kolejny okres niezdolności, do momentu uzyskania stabilizacji.

(8) Zaburzenia spowodowane używaniem lub nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

(i) Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia psychiczne lub behawioralne spowodowane używaniem lub nadużywaniem alkoholu

lub innych substancji psychoaktywnych, z uzależnieniem lub bez, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(ii) Testy na obecność narkotyków i alkoholu

(A) W przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność narkotyków lub alkoholu, wymagane jest potwierdzenie zgodnie z krajowymi procedurami dotyczącymi wykonywania testów na obecność narkotyków i alkoholu.

(B) W przypadku pozytywnego testu potwierdzającego, przed rozważeniem wydania pozytywnej oceny zdolności należy przeprowadzić badanie psychiatryczne.

(iii) Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po okresie dwóch lat udokumentowanego stanu trzeźwości lub wolności od używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych. W przypadku przedłużania ważności lub wznowiania orzeczenia lekarskiego, pozytywna ocena zdolności może być rozważona wcześniej z ograniczeniem OSL lub OPL. W zależności od indywidualnych przypadków, leczenie i ocena mogą polegać na leczeniu na oddziale szpitalnym, a następnie na włączeniu do programu wsparcia, po którym następują bieżące kontrole, w tym testy na obecność narkotyków i alkoholu oraz raporty z programu wsparcia, które mogą być wymagane w sposób nieokreślony.

(9) Umyślne samookaleczanie

Wnioskodawcy, którzy przeprowadzili pojedyncze lub wielokrotne akty umyślnego samookaleczania lub próbę samobójstwa, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po dokładnym rozpatrzeniu indywidualnego przypadku i może wymagać przeprowadzenia badania psychiatrycznego lub psychologicznego. Może być również wymagane badanie neuropsychologiczne.

(e) Konsultacja specjalistyczna

(1) W przypadku konieczności przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej, lekarz specjalista, po przeprowadzeniu badania, powinien złożyć pisemny raport do lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania, w stosownych przypadkach, zawierający szczegółowy opis swoich opinii i zaleceń.

(2) Badania psychiatryczne powinny być przeprowadzane przez wykwalifikowanego psychiatrę posiadającego odpowiednią wiedzę i doświadczenie w zakresie medycyny lotniczej.

(3) Konsultacja psychologiczna powinna opierać się na klinicznej ocenie psychologicznej przeprowadzonej przez odpowiednio wykwalifikowanego i uznanego psychologa klinicznego posiadającego wiedzę i doświadczenie w zakresie psychologii lotniczej.

(4) Badanie psychologiczne może obejmować zbiór danych biograficznych, administrowanie umiejętnościami, a także testy osobowości i wywiad kliniczny.

GM1 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Objawy budzące niepokój mogą obejmować między innymi:
 - (1) używanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych;
 - (2) utrata zainteresowania/energii;
 - (3) zmiany nawyków żywieniowych i masy ciała;
 - (4) problemy ze snem;
 - (5) przygnębienie i ewentualne myśli samobójcze;
 - (6) wywiad rodzinny dotyczący zaburzeń psychicznych, w szczególności samobójstw;
 - (7) gniew, pobudzenie lub ekscytacja; oraz
 - (8) depersonalizacja lub utrata kontroli.
- (b) Poniższe aspekty powinny być brane pod uwagę przy prowadzeniu badania zdrowia psychicznego:
 - (1) wygląd;
 - (2) postawa;
 - (3) zachowanie;
 - (4) nastrój;
 - (5) mowa;
 - (6) proces myślowy i treść;
 - (7) percepcja;
 - (8) poznanie;
 - (9) wnikliwość; oraz
 - (10) osąd.

GM2 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Testy na używanie narkotyków i alkoholu powinny:
 - (1) dostarczać informacji dotyczących konsumpcji średnioterminowej;

- (2) być akceptowane na szczeblu krajowym przez właściwy organ w oparciu o dostępność i zgodność z zakresem, o którym mowa w GM2 MED.B.055(a) powyżej.
- (b) Dane statystyczne z testów, o których mowa w AMC1 MED.B.055(d)(1) powinny być udostępniane Agencji raz w roku.

GM3 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Ocena stanu zdrowia psychicznego wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy powinna obejmować ocenę i udokumentowanie:
 - (1) ogólnego nastawienia do zdrowia psychicznego, w tym zrozumienie możliwych wskazań zmniejszonego zdrowia psychicznego u nich samych i u innych;
 - (2) strategii radzenia sobie w okresach stresu psychicznego lub presji w przeszłości, w tym szukanie porady u innych;
 - (3) problemów behawioralnych związanych z dzieciństwem;
 - (4) problemów interpersonalnych i problemów w relacjach z ludźmi, w tym z krewnymi, przyjaciółmi i współpracownikami;
 - (5) bieżącej pracy i stresorów życiowych, w tym trudności w lotniczym środowisku operacyjnym; oraz
 - (6) oczywistych zaburzeń osobowości.
- (b) W odniesieniu do symptomów budzących obawy i aspektów, które należy wziąć pod uwagę podczas prowadzenia badania zdrowia psychicznego dla wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, należy korzystać z wytycznych znajdujących się w GM1 MED.B.055.

GM4 MED.B.055 Zdrowie psychiczne

Decyzja ED 2019/002/R

Testy na używanie narkotyków i alkoholu powinny:

- (a) dostarczać informacji dotyczących konsumpcji średnioterminowej;
- (b) być akceptowane na szczeblu krajowym przez właściwy organ w oparciu o dostępność i zgodność z zakresem, o którym mowa w GM2 MED.B.055(a) powyżej.

MED.B.065 Neurologia

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Za niesprawnych uznaje się wnioskodawców z rozpoznaniem klinicznym lub udokumentowaną historią medyczną któregośkolwiek z poniższych schorzeń:

- (1) padaczka, oprócz przypadków, o których mowa w lit. b) pkt 1 i 2;
- (2) powtarzające się przypadki zaburzeń świadomości nieznanego pochodzenia;
- (b) Wnioskodawców z rozpoznaniem klinicznym lub historią medyczną któregośkolwiek z wymienionych poniżej schorzeń można uznać za sprawnych wyłącznie po poddaniu ich dalszej ocenie:
 - (1) padaczka bez nawrotów po ukończeniu 5. roku życia;
 - (2) padaczka bez nawrotów i niepodlegająca leczeniu przez okres dłuższy niż 10 lat;
 - (3) padaczkopodobne nieprawidłowości w zapisie EEG oraz występowanie ogniskowych fal wolnych;
 - (4) postępująca lub niepostępująca choroba układu nerwowego;
 - (5) choroba zapalna ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego;
 - (6) migrena;
 - (7) pojedynczy przypadek zaburzenia świadomości nieznanego pochodzenia;
 - (8) utrata świadomości po doznaniu urazu głowy;
 - (9) przenikający uraz mózgu;
 - (10) uraz kręgosłupa lub nerwów obwodowych;
 - (11) zaburzenia układu nerwowego w wyniku niewydolności naczyniowej, w tym epizodów krwotoków lub niedokrwienności.

Wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania. Sprawność wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy ocenia się w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.065 Neurologia

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Padaczka
 - (1) Wnioskodawcy, u których rozpoznano padaczkę powinni zostać uznani za niezdolnych, chyba że istnieje bezsporny dowód na to, że była to padaczka łagodna występująca w wieku dziecięcym z bardzo małym prawdopodobieństwem nawrotu, oraz pod warunkiem, że wnioskodawca nie stosował żadnych leków, ani nie miał napadów padaczkowych w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Wystąpienie jednego lub więcej napadów drgawkowych po ukończeniu piątego roku życia powinno oznaczać niezdolność. W przypadku nagłego ataku objawowych drgawek o cechach niskiego prawdopodobieństwa nawrotu, można rozważyć pozytywną ocenę zdolności po konsultacji neurologicznej.

- (2) Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML, jeżeli:
- (i) w wywiadzie stwierdzono pojedynczy przypadek bezgorączkowej postaci drgawek;
 - (ii) nie było nawrotu choroby przynajmniej w okresie ostatnich dziesięciu lat po zaprzestaniu leczenia;
 - (iii) nie stwierdzono dowodów na kontynuację predyspozycji do występowania padaczki.
- (b) EEG
- (1) Wykonanie badania EEG jest wymagane w przypadku obciążającego wywiadu wnioskodawcy lub ze wskazań klinicznych.
 - (2) Wnioskodawcy, u których stwierdzono napadowe wyładowania padaczkopodobne i ogniskowe fale wolne, powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (c) Choroby układu nerwowego
- Wnioskodawcy, u których rozpoznano jakąkolwiek postać choroby układu nerwowego mogącą spowodować zagrożenia dla bezpieczeństwa lotu, powinni zostać uznani za niezdolnych. Jednak w niektórych przypadkach, w tym w przypadkach niewielkich ubytków funkcjonalnych powiązanych z chorobą utrwaloną, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności po przeprowadzeniu pełnego badania w tym, jeżeli zajdzie taka potrzeba, medycznego testu sprawdzającego w locie, który może zostać przeprowadzony na szkoleniowym urządzeniu symulacji lotu.
- (d) Migrena
- Wnioskodawcy z rozpoznaną migreną lub innymi poważnymi bólami głowy występującymi okresowo, mogącymi spowodować zagrożenie dla bezpieczeństwa lotu, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po przeprowadzeniu pełnego badania. Badanie powinno uwzględniać co najmniej następujące elementy: aury, utratę pola widzenia, częstotliwość, dotkliwość, terapię. Mogą mieć zastosowanie odpowiednie ograniczenia.
- (e) Epizody zaburzeń świadomości
- W przypadku wystąpienia jednorazowego epizodu zaburzenia świadomości, który może być satysfakcjonująco wyjaśniony, można rozważyć pozytywną ocenę zdolności, jednak wnioskodawcy z epizodami nawracającymi powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (f) Uraz głowy
- Wnioskodawcy z urazem głowy, który był na tyle dotkliwy, że spowodował utratę przytomności lub był związany z drażącym urazem mózgu, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pełnego powrotu do zdrowia oraz małego ryzyka wystąpienia padaczki.
- (g) Uraz rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych

Wnioskodawcy, u których stwierdzono w wywiadzie uraz rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych lub zaburzenie układu nerwowego spowodowane urazem, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem pozytywnego badania neurologicznego oraz po spełnieniu warunków, o których mowa w AMC MED.B.050.

(h) Niewydolność naczyniowa

Wnioskodawcy z zaburzeniami układu nerwowego z powodu niewydolności naczyniowych, w tym epizodów krwotocznych i niedokrwiennych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem pozytywnego badania neurologicznego oraz po spełnieniu warunków, o których mowa w AMC2 MED.B.050. W przypadku wnioskodawców z niedoborami resztkowymi, należy przeprowadzić badanie kardiologiczne oraz medyczny test sprawdzający w locie.

AMC2 MED.B.065 Neurologia

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Padaczka i drgawki

Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli:

- (1) w wywiadzie stwierdzono pojedynczy przypadek bezgorączkowej postaci drgawek uznanej jako formy o znikomym ryzyku nawrotu;
- (2) nie było nawrotu choroby przynajmniej w okresie ostatnich dziesięciu lat po zaprzestaniu leczenia;
- (3) nie stwierdzono dowodów na kontynuację predyspozycji do występowania padaczki.

(b) Choroby układu nerwowego

Wnioskodawcy, u których rozpoznano jakąkolwiek postać choroby układu nerwowego mogącą spowodować zagrożenia dla bezpieczeństwa lotu, powinni zostać uznani za niezdolnych. Jednak w niektórych przypadkach, w tym w przypadkach niewielkich ubytków funkcjonalnych powiązanych z chorobą utrwaloną, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności po przeprowadzeniu pełnego badania w tym, jeżeli zajdzie taka potrzeba, medycznego testu sprawdzającego w locie, który może zostać przeprowadzony na szkoleniowym urządzeniu symulacji lotu.

(c) Migrena

Wnioskodawcy z rozpoznaną migreną lub innymi poważnymi bólami głowy występującymi okresowo, mogący spowodować zagrożenie dla bezpieczeństwa lotu, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po przeprowadzeniu pełnego badania. Badanie powinno uwzględniać co najmniej następujące elementy: aury, utratę pola widzenia, częstotliwość, dotkliwość, terapię. Mogą mieć zastosowanie odpowiednie ograniczenia.

(d) Uraz głowy

Wnioskodawcy z urazem głowy, który był na tyle dotkliwy, że spowodował utratę przytomności lub był związany z drażącym urazem mózgu, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pełnego powrotu do zdrowia oraz małego ryzyka wystąpienia padaczki. W zależności od stopnia urazu pierwotnego, może być wymagana ocena neurologiczna.

(e) Uraz rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych

Wnioskodawcy, u których stwierdzono w wywiadzie uraz rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych lub zaburzenie układu nerwowego spowodowane urazem, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem pozytywnego badania neurologicznego oraz po spełnieniu warunków, o których mowa w AMC2 MED.B.050.

(f) Niedobory naczyniowe

Wnioskodawcy z zaburzeniami układu nerwowego z powodu niedoborów naczyniowych, w tym epizodów krwotocznych i niedokrwienych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem pozytywnego badania neurologicznego oraz po spełnieniu warunków, o których mowa w AMC2 MED.B.050. W przypadku wnioskodawców z niedoborami resztkowymi, należy przeprowadzić badanie kardiologiczne oraz medyczny test sprawdzający w locie.

MED.B.070 Narząd wzroku

Rozporządzenie (UE) Nr 1178/2011

(a) Badanie

(1) W odniesieniu do orzeczenia lekarskiego 1. klasy:

- (i) kompleksowe badanie oczu stanowi część pierwszego badania i jest przeprowadzane zgodnie ze wskazaniem klinicznym oraz okresowo, w zależności od refrakcji i wydolności czynnościowej oczu;
- (ii) rutynowe badanie oczu wchodzi w zakres kolejnych badań w trybie przedłużania i wznowiania orzeczeń lekarskich;
- (iii) w przypadku gdy posiadacze biorą udział w operacjach HEMS z załogą jednoosobową, kompleksowe badanie oczu przeprowadza się przy pierwszym badaniu związanym z przedłużeniem lub wznowieniem orzeczenia po ukończeniu 60. roku życia, a następnie co roku.

(2) W odniesieniu do orzeczenia lekarskiego 2. klasy:

- (i) rutynowe badanie oczu wchodzi w zakres pierwszego badania oraz wszystkich badań w trybie przedłużania i wznowiania orzeczeń lekarskich;
- (ii) kompleksowe badanie oczu jest przeprowadzane zgodnie ze wskazaniem klinicznym.

(b) Ostrość widzenia

(1) W odniesieniu do orzeczenia lekarskiego 1. klasy:

- (i) ostrość widzenia na odległość, z korekcją lub bez korekcji, musi mieć wartość 6/9 (0,7) lub lepszą w każdym oku oddzielnie, a w odniesieniu do widzenia obuocznego wartość 6/6 (1,0) lub lepszą;
 - (ii) przy pierwszym badaniu wnioskodawców, u których widzenie w jednym oku nie mieści się w granicach normy, uznaje się za niesprawnych;
 - (iii) przy badaniach w trybie przedłużania lub wznawiania, niezależnie od przepisów lit. b) pkt 1 ppkt (i), wnioskodawcy z nabytym, niemieszczącym się w granicach normy widzeniem w jednym oku lub z nabytą jednoocznością są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania i mogą zostać uznani za sprawnych pod warunkiem przejścia oceny okulistycznej z pozytywnym wynikiem.
- (2) W odniesieniu do orzeczenia lekarskiego 2. klasy:
- (i) ostrość widzenia na odległość, z korekcją lub bez korekcji, musi mieć wartość 6/12 (0,5) lub lepszą w każdym oku oddzielnie, a w odniesieniu do widzenia obuocznego wartość 6/9 (0,7) lub lepszą;
 - (ii) niezależnie od przepisów lit. b) pkt 2 ppkt (i) wnioskodawcy z niemieszczącym się w granicach normy widzeniem w jednym oku lub z jednoocznością mogą zostać uznani za sprawnych, w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania oraz pod warunkiem przejścia oceny okulistycznej z pozytywnym wynikiem.
- (3) Wnioskodawcy muszą być w stanie odczytać tablicę do badań wzroku N5 lub równoważną z odległości 30–50 cm oraz tablicę do badań wzroku N14 lub równoważną z odległości 100 cm, w razie potrzeby z korekcją.
- (c) Wada refrakcji i anizometropia
- (1) Wnioskodawcy z wadami refrakcji lub anizometrią mogą zostać uznani za sprawnych pod warunkiem przejścia oceny okulistycznej z pozytywnym wynikiem.
 - (2) Niezależnie od przepisów lit. c) pkt 1 wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek z wymienionych poniżej schorzeń, są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania i mogą zostać uznani za sprawnych pod warunkiem przejścia oceny okulistycznej z pozytywnym wynikiem:
 - (i) krótkowzroczność większa niż –6,0 dioptrii;
 - (ii) astygmatyzm większy niż 2,0 dioptrii;
 - (iii) anizometropia większa niż 2,0 dioptrii.
 - (3) Niezależnie od przepisów lit. c) pkt 1 wnioskodawcy z dalekowzrocznością większą niż + 5,0 dioptrii ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania i mogą zostać uznani za sprawnych, pod warunkiem że przejdą ocenę okulistyczną z pozytywnym wynikiem i wykazują prawidłowe rezerwy fuzji, prawidłowe ciśnienie wewnątrzgałkowe oraz prawidłowy kąt

przesądzania i nie stwierdzono występowania u nich żadnych poważnych patologii. Niezależnie od przepisów lit. b) pkt 1 ppkt (i) ostrość widzenia w każdym oku, z korekcją, musi mieć wartość 6/6 lub lepszą.

- (4) Wnioskodawcy z rozpoznaniem klinicznym stożka rogówki mogą zostać uznani za sprawnych pod warunkiem uzyskania pozytywnego wyniku badania wzroku przeprowadzonego przez okulistę. Wnioskodawców takich ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

(d) Widzenie dwuoczne

- (1) Wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy uznaje się za niesprawnych, w przypadku gdy nie wykazują się prawidłowym widzeniem dwuocznym i schorzenie to może prawdopodobnie zagrozić bezpiecznemu korzystaniu z przywilejów wynikających z licencji, z uwzględnieniem wszelkich odpowiednich metod korekcji w stosownych przypadkach.

- (2) Wnioskodawców cierpiących na diplopię uznaje się za niesprawnych.

(e) Pole widzenia

Wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy uznaje się za niesprawnych, w przypadku gdy nie wykazują się prawidłowym polem widzenia i schorzenie to może prawdopodobnie zagrozić bezpiecznemu korzystaniu z przywilejów wynikających z licencji, z uwzględnieniem wszelkich odpowiednich metod korekcji w stosownych przypadkach.

(f) Operacja oczu

Wnioskodawców, którzy przeszli operację oczu, uznaje się za niesprawnych. Mogą oni jednak zostać uznani za sprawnych po pełnym odzyskaniu czynności wzrokowej i pod warunkiem przejścia oceny okulistycznej z pozytywnym wynikiem.

(g) Okulary i soczewki kontaktowe

- (1) Jeżeli zadowalająca czynność wzrokowa jest osiągana tylko dzięki zastosowaniu korekcji, okulary i soczewki kontaktowe muszą zapewniać optymalną czynność wzrokową, być dobrze tolerowane i odpowiednie do celów lotniczych.
- (2) W celu spełnienia wymagań dotyczących widzenia stosuje się nie więcej niż jedną parę okularów podczas korzystania z przywilejów wynikających z odpowiednich licencji.
- (3) W odniesieniu do widzenia na odległość okulary lub szkła kontaktowe muszą być używane przez cały czas korzystania z przywilejów wynikających z odpowiednich licencji.
- (4) W odniesieniu do widzenia bliskiego para okularów musi być łatwo dostępna w czasie korzystania z przywilejów wynikających z odpowiedniej licencji.
- (5) Zapasowa para okularów o podobnych właściwościach korygujących, do korekcji – odpowiednio od przypadku – widzenia na odległość lub widzenia bliskiego, musi być łatwo dostępna do natychmiastowego użycia podczas korzystania z przywilejów wynikających z odpowiednich licencji.

- (6) W przypadku stosowania soczewek kontaktowych podczas korzystania z przywilejów wynikających z odpowiednich licencji muszą być one odpowiednie do widzenia na odległość, jednoogniskowe, niebarwione oraz dobrze tolerowane.
- (7) Wnioskodawcy z poważną wadą refrakcji muszą korzystać z soczewek kontaktowych lub soczewek okularowych o wysokim współczynniku załamania.
- (8) Nie stosuje się soczewek ortokeratologicznych.

AMC1 MED.B.070 Narząd wzroku

Decyzja ED 2025/002/R

(a) Badanie oczu

- (1) Podczas każdego badania lotniczo-lekarskiego należy wykonać ocenę zdolności narządu wzroku wnioskodawcy oraz zbadać oczy z uwzględnieniem występowania potencjalnej patologii.
- (2) Wszystkie odbiegające od normy lub wątpliwe stany powinny być przekazane do oceny okulisty. Stany wymagające badania okulistycznego obejmują, między innymi, poważne zaburzenie ostrości widzenia bez korekcji, jakiegokolwiek zaburzenie widzenia w najlepiej skorygowanej ostrości widzenia i/lub występowanie choroby oczu, urazu oka lub chirurgii gałki ocznej.
- (3) Jeżeli z jakiegokolwiek istotnego powodu wymagane jest przeprowadzenie specjalistycznych badań okulistycznych, należy wprowadzić ograniczenie w orzeczeniu lotniczo-lekarskim.
- (4) Ewentualny skumulowany efekt więcej niż jednego schorzenia oka powinien być oceniony przez okulistę.
- (5) W swoim badaniu lekarze orzecznicy powinni należycie uwzględnić degeneracyjne skutki starzenia się narządu wzroku.

(b) Rozszerzone badanie oczu

Rozszerzone badanie oczu przez okulistę jest wymagane podczas badania wstępnego. Wszystkie odbiegające od normy lub wątpliwe przypadki powinny być przekazane do okulisty. Badanie powinno obejmować:

- (1) wywiad medyczny;
- (2) ocenę ostrości widzenia bliży, widzenia pośredniego i widzenia dali (bez korekcji i w korekcji najlepszej, stosownie do potrzeb). W przypadku zaobserwowania pogorszenia ostrości widzenia, należy rozważyć przeprowadzenie dodatkowych badań specjalistycznych, w zależności od podejrzewanej patologii;
- (3) badanie przydatków oka, anatomii, oka środkowego (lampa szczelinowa) i dna oka;
- (4) ruchliwość gałek ocznych;

- (5) widzenie dwuoczne;
- (6) badanie pola widzenia;
- (7) tonometrię ze wskazań klinicznych oraz we wszystkich przypadkach, gdy wymagane jest rozszerzone badanie oczu u osób powyżej 45 roku życia;
- (8) badanie refrakcji: przy wstępnych badaniach wnioskodawców z nadwzrocznością $> +2,0$ D i poniżej 25 roku życia powinno się wykonać badanie refrakcji w cykloplegii;
- (9) ocenę zmierzchowej czułości kontrastowej/widzenia zmierzchowego i wrażliwości na olśnienie; oraz
- (10) widzenie barw.

(c) Rutynowe badanie oczu

Rutynowe badanie oczu może zostać wykonane przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej i powinno obejmować:

- (1) wywiad medyczny;
- (2) ocenę ostrości widzenia bliży, widzenia pośredniego i widzenia dali (bez korekcji i w korekcji najlepszej, stosownie do potrzeb);
- (3) badanie przydatków oka, anatomii, oka środkowego i dna oka;
- (4) test oceniający wrażliwość na kontrast dla kandydatów powyżej 60. roku życia; oraz
- (5) dalsze badania wynikające ze wskazań klinicznych.

(d) Wada refrakcji i anizometropia

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono poniższe stany mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny okulistycznej oraz pod warunkiem, że osiągnięto optymalną korekcję wzroku i nie stwierdzono znaczącej patologii w obrębie narządu wzroku:
 - (i) nadwzroczność (hipermetropia) nieprzekraczająca $+5,0$ dioptrii;
 - (ii) krótkowzroczność (miopia) nieprzekraczająca $-6,0$ dioptrii;
 - (iii) astygmatyzm nieprzekraczający $2,0$ dioptrii;
 - (iv) różnowzroczność (anizometropia) nieprzekraczająca $2,0$ dioptrii.
- (2) Wnioskodawcy powinni nosić soczewki kontaktowe, jeżeli:
 - (i) nadwzroczność przekracza $+5,0$ dioptrii;
 - (ii) różnowzroczność przekracza $3,0$ dioptrie.
- (3) Ocena lekarza okulisty powinna mieć miejsce raz na pięć lat, jeżeli:

- (i) wada refrakcji mieści się w granicach pomiędzy -3,0 do -6,0 dioptrii lub +3 do +5 dioptrii;
 - (ii) astygmatyzm lub różnowzroczność mieści się w granicach pomiędzy 2.0 i 3.0 dioptrie.
- (4) Ocena lekarza okulisty powinna mieć miejsce raz na dwa lata, jeżeli:
 - (i) wada refrakcji jest większa niż -6.0 lub +5.0 dioptrii;
 - (ii) astygmatyzm lub różnowzroczność przekracza 3,0 dioptrie.
- (e) Ostrość widzenia bez korekcji

Nie stosuje się żadnych limitów dotyczących ostrości widzenia bez korekcji.
- (f) Ostrość widzenia
 - (1) Ograniczone widzenie w jednym oku lub jednooczność: Wnioskodawcy ubiegający się o przedłużenie lub wznowienie orzeczenia z ograniczonym widzeniem lub utratą wzroku w jednym oku mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem OML, jeżeli:
 - (i) dwuoczne pole widzenia lub, w przypadku jednooczności, jednooczne pole widzenia jest akceptowalne;
 - (ii) w przypadku jednooczności, minął okres adaptacji od znanego momentu utraty wzroku, w trakcie którego wnioskodawca powinien zostać uznany za niezdolnego;
 - (iii) zdrowe oko uzyskuje ostrość widzenia dali o wartości 6/6 (1,0), z korekcją lub bez;
 - (iv) zdrowe oko uzyskuje ostrość widzenia pośredniego N14 oraz N5 dla widzenia bliży;
 - (v) zgodnie z oceną okulistyczną podstawowa patologia jest dopuszczalna i nie ma znaczącej patologii oka w zdrowym oku; oraz
 - (vi) medyczny test sprawdzający w locie jest zadowalający.
 - (2) Pole widzenia

Wnioskodawcy z wadą pola widzenia, którzy nie mają zmniejszonego widzenia centralnego lub utraty widzenia w jednym oku, mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli dwuoczne pole widzenia jest prawidłowe.
- (g) Stożek rogówki

Wnioskodawcy ze stożkiem rogówki mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli wymagania dotyczące wzroku są spełnione przy pomocy soczewek korekcyjnych oraz jeżeli przeprowadzane są okresowe oceny okulistyczne.
- (h) Widzenie dwuoczne

Wnioskodawcy z zezem (zaburzeniami równowagi mięśni gałki ocznej) przekraczającym:

- (1) z odległości 6 metrów:
2.0 dioptrii pryzmatycznych przy uciekaniu oka ku górze (hyperforia),
10.0 dioptrii pryzmatycznych przy uciekaniu oka do wewnątrz (ezoforia),
8.0 dioptrii pryzmatycznych przy uciekaniu oka na zewnątrz (egzoforia),
oraz
- (2) z odległości 33 centymetrów:
1.0 dioptrii pryzmatycznej przy uciekaniu oka ku górze (hyperforia),
8.0 dioptrii pryzmatycznych przy uciekaniu oka do wewnątrz (ezoforia),
12.0 dioptrii pryzmatycznych przy uciekaniu oka na zewnątrz (egzoforia),

powinni zostać uznani za niezdolnych. Można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności, jeżeli badanie okulistyczne wykaże, że możliwości fuzji są wystarczające, aby zapobiec osłabieniu wzroku lub mięśni ocznych (astenopii) i podwójnemu widzeniu (diplopii).

(i) Operacja oczu

Ocena po wykonanej operacji oczu powinna obejmować badanie okulistyczne.

- (1) Po operacji wady refrakcji, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności pod warunkiem, że:
 - (i) osiągnięta została pooperacyjna dobową stabilność refrakcji mniejsza niż 0,75 dioptrii różnicy;
 - (ii) badanie oka nie wykazuje powikłań pooperacyjnych;
 - (iii) wrażliwość na ośnienie mieści się w prawidłowych granicach;
 - (iv) wrażliwość na widzenie zmierzchowe nie jest zaburzone;
 - (v) wykonywana jest okresowa ocena przez okulistę.
- (2) Po operacji soczewki wewnątrzgałkowej, w tym operacji zaćmy, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności po pełnym powrocie do zdrowia i po spełnieniu wymagań w dotyczących widzenia z korekcją lub bez. Soczewki wewnątrzgałkowe powinny być jednoogniskowe i nie powinny zniekształcać widzenia barw i widzenia w nocy.
- (3) Operacja siatkówki powoduje niezdolność. Wydanie pozytywnej oceny zdolności może być rozważone po upływie 6 miesięcy od operacji lub wcześniej w przypadku pełnego powrotu do zdrowia. Pozytywna ocena zdolności może być również rozważona wcześniej po laserowym leczeniu siatkówki. Należy przeprowadzać regularne badanie kontrolne przez okulistę.
- (4) Operacja jaskry powoduje niezdolność. Wydanie pozytywnej oceny zdolności może być rozważone po upływie 6 miesięcy lub wcześniej, jeśli powrót do zdrowia jest całkowity. Należy przeprowadzać regularne badanie kontrolne przez okulistę.

(j) Szkła korekcyjne

Soczewki korekcyjne powinny zapewniać posiadaczowi licencji możliwość spełnienia wymagań w zakresie wzroku z każdej odległości.

AMC2 MED.B.070 Narząd wzroku

Decyzja ED 2025/002/R

(a) Badanie oczu

- (1) Podczas każdego badania lotniczo-lekarskiego na przedłużenie orzeczenia lekarskiego należy wykonać ocenę zdolności narządu wzroku wnioskodawcy oraz zbadać oczy z uwzględnieniem występowania potencjalnej patologii. Stany wymagające konsultacji okulistycznej obejmują, między innymi, poważne zaburzenie ostrości widzenia bez korekcji okularowej, jakiegokolwiek zmniejszenie najlepiej skorygowanej ostrości wzroku i/lub występowanie chorób oczu, urazów oczu lub chirurgii gałki ocznej.
- (2) Podczas badania wstępnego, badanie powinno obejmować:
 - (i) wywiad medyczny;
 - (ii) ocenę ostrości widzenia bliży, widzenia pośredniego i widzenia dali (bez korekcji i w korekcji najlepszej, stosownie do potrzeb);
 - (iii) badanie przydatków oka, anatomii, oka środkowego i dna oka;
 - (iv) ruchliwość gałek ocznych;
 - (v) widzenie dwuoczne;
 - (vi) badanie pola widzenia;
 - (vii) widzenie barw;
 - (viii) dalsze badania wynikające ze wskazań klinicznych.
- (3) Jeżeli wymagana jest korekcja wzroku w celu spełnienia wymagań w zakresie narządu wzroku, podczas badań wstępnych wnioskodawca powinien przedłożyć kopię ostatnio przepisanych szkieł korekcyjnych.
- (4) W swoim badaniu lekarze orzecznicy powinni należycie uwzględnić degeneracyjne skutki starzenia się narządu wzroku.

(b) Rutynowe badanie oczu

Rutynowe badanie oczu powinno obejmować:

- (1) wywiad medyczny;
- (2) ocenę ostrości widzenia bliży, widzenia pośredniego i widzenia dali (bez korekcji i w korekcji najlepszej, stosownie do potrzeb);
- (3) badanie przydatków oka, anatomii, oka środkowego i dna oka;

- (4) test oceniający wrażliwość na kontrast dla kandydatów powyżej 60. roku życia; oraz
- (5) dalsze badania wynikające ze wskazań klinicznych.

(c) Ostrość widzenia

Ograniczone widzenie w jednym oku lub jednooczność: Wnioskodawcy z ograniczonym widzeniem lub utratą wzroku w jednym oku mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli:

- (1) dwuoczne pole widzenia lub, w przypadku jednooczności, pole widzenia jednoocznego jest akceptowalne;
- (2) w przypadku jednooczności, minął okres adaptacji od znanego punktu utraty wzroku, w trakcie którego wnioskodawca powinien zostać uznany za niezdolnego;
- (3) zdrowe oko uzyskuje ostrość widzenia dali o wartości 6/6 (1,0), z korekcją lub bez;
- (4) zdrowe oko uzyskuje ostrość widzenia pośredniego N14 lub wartość równoważną oraz N5 lub wartość równoważną dla widzenia bliży (patrz GM1 MED.B.070);
- (5) nie ma znaczącej patologii oka w zdrowym oku; oraz
- (6) medyczny test sprawdzający w locie jest zadowalający.

(d) Widzenie dwuoczne

Zaburzenia widzenia stereoskopowego, konwergencja nieupośledzająca widzenia bliży oraz niestabilność gałek ocznych, gdy rezerwy fuzji są wystarczające, aby zapobiec niedowidzeniu (astenopii) lub podwójnemu widzeniu, mogą być uznane za dopuszczalne.

(e) Operacja oczu

- (1) Ocena po wykonanej operacji oczu powinna obejmować badanie okulistyczne.
- (2) Po operacji wady refrakcji, pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem uzyskania stabilizacji refrakcji, braku powikłań pooperacyjnych oraz braku wzrostu wrażliwości na olśnienie.
- (3) Po operacji zaćmy, jaskry lub siatkówki można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności, pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia i spełnienia warunków wzrokowych z lub bez korekcji.

(f) Szkła korekcyjne

Soczewki korekcyjne powinny zapewniać posiadaczowi licencji możliwość spełnienia wymagań w zakresie wzroku na każdej odległości.

PORÓWNANIE RÓŻNYCH TABLIC ODCZYTU (PRZYBLIŻONE WARTOŚCI)

(a) Badanie z odległości 40 cm

System dziesiętny	Nieden	Jäger	Snellen	N	Parinaud
1,0	1	2	1,5	3	2
0,8	2	3	2	4	3
0,7	3	4	2,5		
0,6	4	5	3	5	4
0,5	5	5		6	5
0,4	7	9	4	8	6
0,35	8	10	4,5		8
0,32	9	12	5,5	10	10
0,3	9	12		12	
0,25	9	12		14	
0,2	10	14	7,5	16	14
0,16	11	14	12	20	

(b) Badanie z odległości 80 cm

System dziesiętny	Nieden	Jäger	Snellen	N	Parinaud
1,2	4	5	3	5	4
1,0	5	5		6	5
0,8	7	9	4	8	6
0,7	8	10	4,5		8
0,63	9	12	5,5	10	10
0,6	9	12		12	10
0,5	9	12		14	10
0,4	10	14	7,5	16	14
0,32	11	14	12	20	14

GM2 MED.B.070 Narząd wzroku

Decyzja ED 2019/002/R

OKULISTA

Termin „specjalista narządu wzroku” odnosi się do lekarza okulisty lub specjalisty wykwalifikowanego w optometrii i przeszkolonego w rozpoznawaniu stanów patologicznych.

MED.B.075 Widzenie barw

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

- (a) Wnioskodawców uznaje się za niesprawnych, w przypadku gdy nie mogą wykazać zdolności do łatwego postrzegania kolorów, które są niezbędne do bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji.
- (b) Badanie i ocena
 - (1) Wnioskodawców poddaje się testowi Ishihary na potrzeby pierwszego wydania orzeczenia lekarskiego. W przypadku posiadaczy orzeczeń lekarskich 1. klasy uczestniczących w operacjach HEMS z załogą jednoosobową ocenę rozpoznawania barw przeprowadza się przy pierwszym badaniu związanym z przedłużeniem lub wznowieniem orzeczenia po ukończeniu 60. roku życia, a następnie co rok. Wnioskodawców, którzy pomyślnie przeszli ten test, można uznać za sprawnych.
 - (2) W odniesieniu do orzeczenia lekarskiego 1. klasy:
 - (i) wnioskodawców, którzy nie przejdą pomyślnie testu Ishihary, kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania i poddaje się dalszym badaniom postrzegania kolorów w celu ustalenia, czy prawidłowo rozpoznają barwy;
 - (ii) wnioskodawcy muszą mieć normalną zdolność widzenia barw lub prawidłowo rozpoznawać barwy;
 - (iii) wnioskodawców, którzy nie przejdą pomyślnie dalszych badań dotyczących postrzegania kolorów, uznaje się za niesprawnych.
 - (3) W odniesieniu do orzeczenia lekarskiego 2. klasy:
 - (i) wnioskodawców, którzy nie przejdą pomyślnie testu Ishihary, poddaje się dalszym badaniom postrzegania kolorów w celu ustalenia, czy prawidłowo rozpoznają barwy;
 - (ii) wnioskodawcom nieposiadającym dostatecznie dobrego postrzegania barw ogranicza się korzystanie z przywilejów wynikających ze stosownej licencji do wyłącznie lotów dziennych.

AMC1 MED.B.075 Widzenie barw

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Widzenie barw powinno być sprawdzane na podstawie wskazań klinicznych podczas badań na przedłużenie lub wznowienie orzeczenia lekarskiego.
- (b) Test Ishihary (wersja z 24 płytkami) jest uważany za zaliczony, jeżeli piętnaście pierwszych tablic, zaprezentowanych w przypadkowej kolejności, zostaje zidentyfikowanych bezbłędnie.
- (c) Wnioskodawcy, którzy nie zdają testu Ishihary powinni przejść:
 - (1) badanie anomaloskopowe (badanie Nagela lub badanie równoważne). Test ten jest uważany za zaliczony, jeżeli dopasowanie kolorów będzie zgodne z trzema podstawowymi barwami i dopasowanie barw wynosi 4 jednostki lub mniej, lub stopień anomalii jest akceptowalny; lub
 - (2) test widzenia barw na latarniach typu Spectrolux, Beynes lub Holmesa-Wright'a. Test ten jest uważany za zaliczony, jeżeli wnioskodawca zda test bezbłędnie na tych latarniach w odniesieniu do przyjętych norm.
 - (3) Test oceny i diagnozy kolorów (CAD). Test ten jest uważany za zaliczony, jeżeli próg jest mniejszy niż 6 standardowych jednostek normy (SN) dla niedoboru w zakresie rozpoznawania barwy zielonej (deuteranomalii) lub mniejszy niż 12 jednostek SN dla niedoboru w zakresie rozpoznawania barwy czerwonej (protanomalii). Próg większy niż 2 jednostki SN dla niedoboru w zakresie barwy niebieskiej (tritanomalii) wskazuje na nabytą przyczynę, którą należy zbadać.

AMC2 MED.B.075 Widzenie barw

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Widzenie barw powinno być sprawdzane na podstawie wskazań klinicznych podczas badań na przedłużenie lub wznowienie orzeczenia lekarskiego.
- (b) Test Ishihary (wersja z 24 płytkami) jest uważany za zaliczony, jeżeli piętnaście pierwszych tablic, zaprezentowanych w przypadkowej kolejności, zostaje zidentyfikowanych bezbłędnie.
- (c) Wnioskodawcy, którzy nie zdają testu Ishihary powinni przejść:
 - (1) badanie anomaloskopowe (badanie Nagela lub badanie równoważne). Test ten jest uważany za zaliczony, jeżeli dopasowanie kolorów będzie zgodne z trzema podstawowymi barwami i dopasowanie barw wynosi 4 jednostki lub mniej, lub stopień anomalii jest akceptowalny; lub
 - (2) test widzenia barw na latarniach typu Spectrolux, Beynes lub Holmesa-Wright'a. Test ten jest uważany za zaliczony, jeżeli wnioskodawca zda test bezbłędnie na tych latarniach w odniesieniu do przyjętych norm.
 - (3) Test oceny i diagnozy kolorów (CAD). Test ten jest uważany za zaliczony, jeżeli próg jest mniejszy niż 6 standardowych jednostek normy (SN) dla niedoboru w zakresie rozpoznawania barwy zielonej (deuteranomalii) lub

mniej niż 12 jednostek SN dla niedoboru w zakresie rozpoznawania barwy czerwonej (protanomalii). Próg większy niż 2 jednostki SN dla niedoboru w zakresie barwy niebieskiej (tritanomalii) wskazuje na nabytą przyczynę, którą należy zbadać.

MED.B.080 Otorynolaryngologia

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

(a) Badanie

(1) Słuch wnioskodawców jest sprawdzany podczas wszystkich badań.

(i) W przypadku orzeczenia lekarskiego 1. klasy oraz orzeczenia lekarskiego 2. klasy, jeżeli posiadana licencja ma zostać uzupełniona o uprawnienie do wykonywania lotów według wskazań przyrządów lub podstawowe uprawnienie do wykonywania lotów według wskazań przyrządów, słuch poddaje się badaniu metodą audiometrii tonowej przy pierwszym badaniu, następnie co pięć lat do momentu osiągnięcia przez posiadacza licencji wieku 40 lat, następnie co dwa lata do momentu osiągnięcia przez posiadacza licencji wieku 60 lat, a następnie co rok.

(ii) W przypadku badań z wykorzystaniem audiometru tonalnego poziom utraty słuchu sprawdzany w każdym uchu oddzielnie u wnioskodawców ubiegających się o pierwsze wydanie orzeczenia lekarskiego nie może przekraczać 35 dB przy którejkolwiek z częstotliwości 500, 1 000 lub 2 000 Hz, bądź 50 dB przy częstotliwości 3 000 Hz. Wnioskodawcy ubiegający się o przedłużenie lub wznowienie orzeczenia z większą utratą słuchu muszą wykazać zadowalającą sprawność czynnościową słuchu.

(2) Kompleksowe badanie uszu, nosa i gardła przeprowadza się przy pierwszym wydawaniu orzeczenia lekarskiego 1. klasy, a następnie okresowo zgodnie ze wskazaniem klinicznym.

(3) W przypadku posiadaczy orzeczeń lekarskich 1. klasy biorących udział w operacjach HEMS z załogą jednoosobową, kompleksowe badanie ucha, nosa i gardła przeprowadza się przy pierwszym badaniu związanym z przedłużeniem lub wznowieniem orzeczenia po ukończeniu 60. roku życia.

(b) Wnioskodawców, u których występuje którekolwiek z poniższych schorzeń, poddaje się dalszym badaniom w celu ustalenia, czy dane schorzenie nie wpływa negatywnie na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających ze stosownej licencji:

(1) niedosłuch;

(2) aktywny stan chorobowy ucha wewnętrznego lub środkowego;

(3) niezagojona perforacja lub dysfunkcja błon bębenkowych;

(4) dysfunkcja trąbki słuchowej (trąbek słuchowych) Eustachiusza;

(5) zaburzenie układu przedsionkowego;

(6) istotne zawężenie kanałów nosowych;

- (7) dysfunkcja zatok;
 - (8) poważna wada rozwojowa lub poważne zakażenie jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych;
 - (9) poważne zaburzenie mowy lub głosu;
 - (10) jakiegokolwiek następstwa operacji ucha wewnętrznego lub środkowego;
- (c) Ocena lotniczo-lekarska
- (1) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wymienionych w lit. b) pkt 1, 4 i 5, są kierowani do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (2) Sprawność wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy, u których występuje którekolwiek ze schorzeń wymienionych w lit. b) pkt 4 i 5, ocenia się w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
 - (3) Sprawność wnioskodawców, u których występuje schorzenie wskazane w lit. b) pkt 1, ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy do celów uzupełnienia posiadanej licencji o uprawnienie do wykonywania lotów według wskazań przyrządów lub o uprawnienie do wykonywania lotów według wskazań przyrządów na trasie, ocenia się w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.

AMC1 MED.B.080 Otolaryngologia

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Słuch
- (1) Wnioskodawcy powinni prawidłowo rozumieć mowę potoczną badaną z odległości 2 m dla każdego ucha oddzielnie stojąc tyłem do lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
 - (2) Wnioskodawcy z niedosłuchem mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli test dyskryminacji mowy lub test słuchu w warunkach funkcjonalnych kokpitu wykażą zadowalającą zdolność słyszenia. Wskazane może być wykonanie próby równowagi badając układ przedsionkowy.
 - (3) Jeżeli wymagania w zakresie słuchu mogą być spełnione wyłącznie poprzez zastosowanie aparatu słuchowego, aparat taki powinien zapewniać optymalny słuch, być dobrze tolerowany i być odpowiedni dla celów lotniczych.
- (b) Rozszerzone badanie laryngologiczne
- Rozszerzone badanie laryngologiczne powinno obejmować:
- (1) zebranie wywiadu medycznego;
 - (2) badanie kliniczne, w tym ocenę błony bębenkowej, przewodów nosowych, jamy ustnej i gardła;

- (3) pomiar ciśnienia powietrza w uchu środkowym (tympanometria) lub badanie równoważne;
- (4) kliniczną ocenę układu przedsionkowego.
- (c) Stan ucha
 - (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono czynny stan zapalny ucha wewnętrznego lub środkowego, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu ustabilizowania stanu lub do czasu pełnego powrotu do zdrowia.
 - (2) Wnioskodawcy z niewyleczoną perforacją lub dysfunkcją błon bębenkowych powinni zostać uznani za niezdolnych. Wnioskodawca z pojedynczą suchą perforacją o nieinfekcyjnej etiologii, która nie zaburza prawidłowej funkcji ucha, może otrzymać pozytywną ocenę zdolności.
- (d) Zaburzenia funkcji układu przedsionkowego

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia funkcji układu przedsionkowego, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona po całkowitym powrocie do zdrowia. Występowanie oczopląsu spontanicznego lub pozycyjnego wymagać będzie kompleksowej oceny układu przedsionkowego przez laryngologa. Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczącą patologiczną odpowiedź układu przedsionkowego na próbę kaloryczną lub obrotową, powinni zostać uznani za niezdolnych. Nieprawidłowe próby przedsionkowe powinny stanowić podstawę do oceny klinicznej.
- (e) Dysfunkcja zatok

Wnioskodawcy, u których stwierdzono jakąkolwiek dysfunkcję zatok, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu całkowitego powrotu do zdrowia.
- (f) Infekcja jamy ustnej i górnych dróg oddechowych

Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczącą infekcję jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona po całkowitym powrocie do zdrowia.
- (g) Zaburzenia mowy

Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące zaburzenia mowy lub głosu, powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (h) Ograniczenia przepływu powietrza

Wnioskodawcy, u których stwierdzono ograniczenia przepływu powietrza w obrębie przewodów nosowych, bez względu na stronę, lub znaczące upośledzenie anatomiczne jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny laryngologicznej.
- (i) Zaburzenia trąbki słuchowej Eustachiusza

Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące zaburzenia dysfunkcji trąbki słuchowej Eustachiusza, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny laryngologicznej.
- (j) Następstwa operacji ucha wewnętrznego lub środkowego

Wnioskodawcy z następstwami operacji ucha wewnętrznego lub środkowego powinni zostać uznani za niezdolnych do momentu całkowitego powrotu do zdrowia, braku objawów oraz minimalnego ryzyka komplikacji.

AMC2 MED.B.080 Otolaryngologia

Decyzja ED 2019/002/R

(a) Słuch

- (1) Wnioskodawcy powinni prawidłowo rozumieć mowę potoczną badaną z odległości 2 m dla każdego ucha oddzielnie stojąc tyłem do lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
- (2) Wnioskodawcy z niedosłuchem mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli test dyskryminacji mowy lub test słuchu w warunkach funkcjonalnych kokpitu wykażą zadowalającą zdolność słyszenia.
- (3) Jeżeli wymagania w zakresie słuchu mogą być spełnione wyłącznie poprzez zastosowanie aparatu słuchowego, aparat taki powinien zapewniać optymalny słuch, być dobrze tolerowany i być odpowiedni dla celów lotniczych.
- (4) Wnioskodawcy z głęboką głuchotą lub poważnym zaburzeniem mowy, lub w obydwu przypadkach, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem SSL takim jak „ograniczenie do obszarów i operacji, w których korzystanie z radia nie jest obowiązkowe”. Statek powietrzny powinien być wyposażony w odpowiednie alternatywne urządzenia ostrzegawcze zamiast ostrzeżeń dźwiękowych.

(b) Badanie

Badanie ucha, nosa, gardła (ENT) powinno stanowić element badania wstępnego, badania na przedłużenie i wznowienie orzeczenia lekarskiego.

(c) Stan ucha

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono czynny stan zapalny ucha wewnętrznego lub środkowego, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu ustabilizowania stanu lub do czasu pełnego powrotu do zdrowia.
- (2) Wnioskodawcy z niewyleczoną perforacją lub dysfunkcją jednej lub obu błon bębenkowych powinni zostać uznani za niezdolnych. Wnioskodawca z pojedynczą suchą perforacją o nieinfekcyjnej etiologii, która nie zaburza prawidłowej funkcji ucha, może otrzymać pozytywną ocenę zdolności.

(d) Zaburzenia funkcji układu przedsionkowego

Wnioskodawcy, u których stwierdzono zaburzenia funkcji układu przedsionkowego, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu całkowitego powrotu do zdrowia.

(e) Dysfunkcja zatok

Wnioskodawcy, u których stwierdzono jakąkolwiek dysfunkcję zatok, powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu całkowitego powrotu do zdrowia.

(f) Infekcja jamy ustnej i górnych dróg oddechowych

Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczącą infekcję jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona po całkowitym powrocie do zdrowia.

(g) Zaburzenia mowy

Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące zaburzenia mowy lub głosu, powinni zostać uznani za niezdolnych.

(h) Ograniczenia przepływu powietrza

Wnioskodawcy, u których stwierdzono ograniczenia przepływu powietrza w obrębie przewodów nosowych, bez względu na stronę, lub znaczące upośledzenie anatomiczne jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny laryngologicznej.

(i) Zaburzenia trąbki słuchowej Eustachiusza

Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące zaburzenia dysfunkcji trąbki słuchowej Eustachiusza, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny laryngologicznej.

(j) Następstwa operacji ucha wewnętrznego lub środkowego

Wnioskodawcy z następstwami operacji ucha wewnętrznego lub środkowego powinni zostać uznani za niezdolnych do momentu całkowitego powrotu do zdrowia, braku objawów oraz minimalnego ryzyka komplikacji.

GM1 MED.B.080 Otolaryngologia

Decyzja ED 2019/002/R

AUDIOGRAM TONALNY

Audiogram tonalny może również obejmować częstotliwość w zakresie 4 000 Hz w celu wczesnego wykrywania ubytku słuchu.

GM2 MED.B.080 Otolaryngologia

Decyzja ED 2019/002/R

AUDIOGRAM TONALNY

Audiogram tonalny może również obejmować częstotliwość w zakresie 4 000 Hz w celu wczesnego wykrywania ubytku słuchu.

MED.B.085 Dermatologia

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Wnioskodawców z udokumentowanym schorzeniem dermatologicznym, które może prawdopodobnie zagrozić bezpiecznemu korzystaniu z przywilejów wynikających z licencji, uznaje się za niesprawnych.

AMC1 MED.B.085 Dermatologia

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) W przypadku wątpliwości dotyczących zdolności wnioskodawców, u których stwierdzono wyprysk (egzogenny lub endogenny), zaawansowaną łuszczycę, infekcję bakteryjną, zmiany skórne wywołane lekami, nadżerki pęcherzykowe lub pokrzywkę, lekarz orzecznik medycyny lotniczej powinien przekazać sprawę do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (b) Zanim rozważona zostanie możliwość wydania pozytywnej oceny zdolności, należy dokładnie przeanalizować powstanie polekowych lub popromiennych zaburzeń ogólnoustrojowych w wyniku leczenia zmian dermatologicznych.
- (c) W przypadkach gdy zmiany dermatologiczne związane są ze schorzeniem ogólnoustrojowym, zanim rozważona zostanie możliwość wydania pozytywnej oceny zdolności należy zwrócić szczególną uwagę na leżącą u podstaw zaburzenia chorobę.

AMC2 MED.B.085 Dermatologia

Decyzja ED 2019/002/R

W przypadkach, kiedy stan dermatologiczny jest powiązany z chorobą ogólnoustrojową, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na chorobę zasadniczą, zanim można będzie rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.

MED.B.090 Onkologia

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Zanim ich wniosek zostanie dalej rozpatrzony, wnioskodawcy z pierwotną lub wtórną złośliwą zmianą muszą zostać poddani ocenie onkologicznej i uzyskać wynik pozytywny. Wnioskodawców takich ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 1. klasy kieruje się do konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania. Wnioskodawców takich ubiegających się o wydanie orzeczenia lekarskiego 2. klasy poddaje się ocenie w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (b) Wnioskodawców z udokumentowaną historią medyczną lub rozpoznaniem klinicznym wewnątrzmoźgowego guza złośliwego uznaje się za niesprawnych.

AMC1 MED.B.090 Onkologia

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Wnioskodawcy, u których stwierdzono chorobę nowotworową, mogą otrzymać pozytywną ocenę zdolności pod warunkiem, że:
 - (1) po przeprowadzonym leczeniu podstawowym, nie ma dowodów na obecność pozostałości choroby nowotworowej, która mogłaby zagrozić bezpieczeństwu lotu;
 - (2) od zakończenia leczenia podstawowego upłynął czas odpowiedni do rodzaju guza;
 - (3) ryzyko wystąpienia niezdolności do pracy w locie z powodu nawrotu lub przerzutów jest wystarczająco niskie;
 - (4) nie ma dowodów na występowanie krótko- lub długoterminowych następstw leczenia, które mogłyby zagrozić bezpieczeństwu lotu. Szczególną uwagę należy zwrócić na wnioskodawców, którzy byli poddani chemioterapii antracykliną;
 - (5) raporty z kontrolnych badań onkologicznych są przedkładane konsultantowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania.
- (b) Stosownie do przypadku należy zastosować ograniczenie OML.
- (c) Wnioskodawcy będący w trakcie chemioterapii lub radioterapii powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (d) Wnioskodawcy ze stanami przednowotworowymi skóry mogą być uznani za zdolnych, pod warunkiem leczenia bądź usunięcia chirurgicznego zmiany, jeżeli zaszła taka konieczność, oraz pod warunkiem regularnych badań kontrolnych.

AMC2 MED.B.090 Onkologia

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Wnioskodawcy, u których stwierdzono chorobę nowotworową, mogą otrzymać pozytywną ocenę zdolności pod warunkiem, że:
 - (1) po przeprowadzonym leczeniu podstawowym, nie ma dowodów na obecność resztkowej choroby nowotworowej, która mogłaby zagrozić bezpieczeństwu lotu;
 - (2) upłynął czas odpowiedni do rodzaju nowotworu i leczenia pierwotnego;
 - (3) ryzyko wystąpienia niezdolności do pracy w locie z powodu nawrotu lub przerzutów jest wystarczająco niskie;
 - (4) nie ma dowodów na występowanie krótko- lub długoterminowych następstw leczenia, które mogłyby zagrozić bezpieczeństwu lotu;
 - (5) ustalenia dotyczące onkologicznych badań kontrolnych zostały dokonane na odpowiedni okres czasu.

- (b) Wnioskodawcy będący w trakcie chemioterapii lub radioterapii powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (c) Wnioskodawcy ze stanami przednowotworowymi skóry mogą być uznani za zdolnych, pod warunkiem leczenia bądź usunięcia chirurgicznego zmiany, jeżeli zaszła taka konieczność, oraz pod warunkiem regularnych badań kontrolnych.

SEKCJA 3 – Szczególne wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wnioskodawcę ubiegającego się o wydanie orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL poddaje się ocenie w oparciu o najlepszą praktykę w zakresie medycyny lotniczej.
- (b) Szczególną uwagę zwraca się na pełną historię medyczną wnioskodawcy.
- (c) Pierwsza ocena, wszystkie kolejne ponowne oceny po osiągnięciu przez posiadacza licencji wieku 50 lat, a także wszelkie oceny przeprowadzane w przypadku, kiedy lekarz orzecznik nie ma dostępu do pełnej historii medycznej wnioskodawcy, muszą obejmować przynajmniej wszystkie następujące elementy:
 - (1) badanie kliniczne;
 - (2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
 - (3) badanie moczu;
 - (4) badanie wzroku;
 - (5) badanie słuchu.
- (d) Po przeprowadzeniu pierwszej oceny kolejne ponowne oceny do osiągnięcia przez posiadacza licencji wieku 50 lat muszą obejmować przynajmniej obie poniższe pozycje:
 - (1) ocenę historii medycznej posiadacza LAPL;
 - (2) elementy określone w lit. c), uznane za niezbędne przez centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny ogólnej zgodnie z najlepszą praktyką w zakresie medycyny lotniczej.

AMC1 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

W przypadku konieczności wykonania specjalistycznych badań w oparciu o przepisy zawarte w niniejszej sekcji, ocena lotniczo-lekarska wnioskodawcy powinna być przeprowadzona przez centrum medycyny lotniczej lub lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub, jeżeli zachodzą okoliczności wynikające z AMC5 MED.B.095(d), przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania.

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

(a) Badanie

Ocena ciśnienia tętniczego i tętna powinna być przeprowadzana podczas każdego badania lotniczo-lekarskiego.

(b) Zagadnienia ogólne

(1) Ocena czynników ryzyka w zakresie układu sercowo-naczyniowego

Kumulacja czynników ryzyka (palenie tytoniu, obciążający wywiad rodzinny, zaburzenia gospodarki tłuszczowej, nadciśnienie tętnicze, itp.) wymaga oceny układu sercowo-naczyniowego.

(2) Tętniak aorty

Wnioskodawcy z tętniakiem aorty mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej i regularnych badań kontrolnych.

(3) Nieprawidłowości zastawek serca

(i) Wnioskodawcy, u których stwierdzono szmery w sercu, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że szmery te zostaną uznane jako klinicznie nieistotne.

(ii) Wnioskodawcy z wadami zastawek serca mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

(4) Chirurgia zastawek serca

Po chirurgicznej wymianie zastawek serca lub zabiegach naprawczych na zastawkach, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem ORL, jeżeli wymagane jest leczenie przeciwkrzepliwe, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej po przebytym zabiegu. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno być stabilne, a ryzyko krwawienia powinno być akceptowalne. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Granice normy terapeutycznej INR powinny zostać określone na podstawie typu wykonanego zabiegu. Wnioskodawcy, którzy mierzą wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem i korzystają z przywilejów wynikających z licencji tylko, jeżeli INR mieści się w granicach normy, mogą zostać uznani za zdolnych bez wyżej wymienionych ograniczeń. Wyniki INR powinny być rejestrowane i przejrane podczas każdej oceny lotniczo-lekarskiej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych bez

nakładania wyżej wymienionych ograniczeń w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.

(5) Inne zaburzenia funkcji serca

- (i) Wnioskodawcy z innymi zaburzeniami funkcji serca mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem ORL, jeżeli wymagane jest leczenie przeciwkrzepliwe. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno być stabilne, a ryzyko krwawienia powinno być akceptowalne. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Granice normy terapeutycznej INR powinny zostać określone na podstawie typu wykonanego zabiegu. Wnioskodawcy, którzy mierzą wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem i korzystają z przywilejów wynikających z licencji tylko, jeżeli INR mieści się w granicach normy, mogą zostać uznani za zdolnych bez wyżej wymienionych ograniczeń. Wyniki INR powinny być rejestrowane i przejrane podczas każdej oceny lotniczo-lekarskiej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych bez nakładania wyżej wymienionych ograniczeń w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.
- (ii) Kandydaci z objawową kardiomiopatią przerostową powinni zostać uznani za niezdolnych.

(c) Ciśnienie tętnicze

- (1) Gdy ciśnienie tętnicze konsekwentnie przekracza wartości 160 skurczowe i/lub 95 rozkurczowe mmHg, z leczeniem lub bez, wnioskodawca powinien zostać uznany za niezdolnego.
- (2) Wnioskodawcy rozpoczynający leczenie w celu kontroli ciśnienia tętniczego powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu stwierdzenia braku istotnych skutków ubocznych.

(d) Choroba wieńcowa serca

- (1) Wnioskodawcy z podejrzeniem choroby niedokrwiennej serca powinni zostać poddani badaniu kardiologicznemu zanim rozważona zostanie możliwość wydania pozytywnej oceny zdolności.
- (2) Wnioskodawcy z dusznicą bolesną wymagający leczenia w celu opanowania dolegliwości ze strony serca powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (3) Po przebyciu incydentu niedokrwienia mięśnia sercowego, włącznie z zawałem serca lub rewaskularyzacją, wnioskodawcy bezobjawowi powinni ograniczyć czynniki ryzyka do odpowiedniego poziomu. Leki stosowane w celu kontrolowania objawów chorób serca są niedopuszczalne. Wszyscy wnioskodawcy powinni być poddani odpowiedniemu wtórnemu leczeniu zapobiegawczemu.

- (4) W przypadkach, o których mowa w pkt (d)(1), (d)(2) i (d)(3) powyżej, wnioskodawcy z pozytywną oceną kardiologiczną obejmującą próbę wysiłkową bądź badanie równoważne, w następstwie czego stwierdzono brak objawów niedotlenienia serca, mogą zostać uznani za zdolnych.

(e) Zaburzenia rytmu i przewodzenia

- (1) Wnioskodawcy, u których stwierdzono znaczące zaburzenia rytmu lub przewodzenia, powinni zostać uznani za niezdolnych, chyba że na podstawie oceny kardiologicznej uzna się z dużym prawdopodobieństwem, że stwierdzone zaburzenia nie będą mieć wpływu na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji. Można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności z ograniczeniem ORL, jeżeli wymagane jest leczenie przeciwkrzepliwe. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno być stabilne, a ryzyko krwawienia powinno być akceptowalne. Leczenie przeciwkrzepliwe powinno zostać uznane za stabilne, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej. Granice normy terapeutycznej INR powinny zostać określone na podstawie typu wykonanego zabiegu. Wnioskodawcy, którzy mierzą wskaźnik INR w systemie „near patient” (samodzielnie lub ambulatoryjnie poza laboratoriami klinicznymi) w ciągu 12 godzin przed lotem i korzystają z przywilejów wynikających z licencji tylko, jeżeli INR mieści się w granicach normy, mogą zostać uznani za zdolnych bez wyżej wymienionych ograniczeń. Wyniki INR powinny być rejestrowane i przejrzane podczas każdej oceny lotniczo-lekarskiej. Wnioskodawcy przyjmujący leki przeciwzakrzepowe niewymagające monitorowania INR mogą zostać uznani za zdolnych bez nakładania wyżej wymienionych ograniczeń w porozumieniu z konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania po 3-miesięcznym okresie stabilizacji.

(2) Preekscytacja

Wnioskodawcy, u których stwierdzono preekscytację komorową, mogą zostać uznani za zdolnych, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Kandydaci z preekscytacją komorową współistniejącą z istotnymi zaburzeniami rytmu powinni zostać uznani za niezdolnych.

(3) Automatyczny defibrylator

Wnioskodawcy z wszczepionym automatycznym defibrylatorem powinni zostać uznani za niezdolnych.

(4) Rozrusznik serca

Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej.

UKŁAD ODDECHOWY

- (a) Wnioskodawcy powinni zostać poddani badaniom morfologicznym lub spirometrycznym na podstawie wskazań klinicznych.

- (b) Astma oskrzelowa i przewlekła obturacyjna choroba płuc

Wnioskodawcy z astmą oskrzelową bądź upośledzeniem funkcji oddechowej mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli choroba jest stabilna z satysfakcjonującą funkcją oddechową, a stosowane lekarstwa nie stanowią zagrożenia w bezpiecznym wykonywaniu czynności lotniczych. Systemowe leczenie sterydami może być dopuszczalne, pod warunkiem, że wymagana dawka jest dopuszczalna i nie występują skutki uboczne.

- (c) Sarkoidoza

- (1) Wnioskodawcy z czynną postacią sarkoidozy powinni zostać uznani za niezdolnych. Należy wykonać badanie kompleksowe pod kątem wykluczenia zmian ogólnoustrojowych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona w przypadku kiedy choroba jest nieaktywna.

- (2) Wnioskodawcy z sarkoidozą serca powinni zostać uznani za niezdolnych.

- (d) Odma opłucnowa

- (1) Wnioskodawcy z samoistną odmą opłucnową mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem prawidłowej funkcji dróg oddechowych i po całkowitym wyleczeniu pojedynczego epizodu odmy lub po chirurgicznym zaopatrzeniu form nawracających.

- (2) Kandydaci z odmą pourazową mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia.

- (e) Chirurgia klatki piersiowej

Wnioskodawcy, którzy przebyli poważny zabieg chirurgiczny w obrębie klatki piersiowej, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia.

- (f) Zespół bezdechu sennego/zaburzenia snu

Wnioskodawcy z niezadowalającym leczeniem bezdechu sennego powinni zostać uznani za niezdolnych.

UKŁAD TRAWIENNY

(a) Kamica pęcherzyka żółciowego

Wnioskodawcy, u których stwierdzono objawową kamice pęcherzyka żółciowego, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywną ocenę zdolności można rozważyć po usunięciu kamieni.

(b) Choroby zapalne jelit

Wnioskodawcy z rozpoznaną chorobą zapalną jelit mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że choroba jest w okresie stabilizacji, a jej potencjalne skutki nie będą wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji.

(c) Choroba wrzodowa

Wnioskodawcy z chorobą wrzodową mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny gastroenterologicznej.

(d) Chirurgia w obrębie przewodu pokarmowego lub narządów jamy brzusznej

Wnioskodawcy, którzy przeszli zabieg operacyjny:

(1) przepukliny; lub

(2) w obrębie przewodu pokarmowego lub jego przydatków polegający na częściowym lub całkowitym wycięciu lub przemieszczeniu któregoś z tych organów

powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia, braku objawów i minimalnego ryzyka wystąpienia wtórnych powikłań lub nawrotów.

(e) Zapalenie trzustki

Wnioskodawcy z zapaleniem trzustki mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem całkowitego wyleczenia.

(f) Choroba wątroby

Wnioskodawcy z morfologiczną lub czynnościową chorobą wątroby lub po operacji, włącznie z przeszczepem wątroby, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny gastroenterologicznej.

UKŁAD METABOLICZNY ORAZ WEWNĄTRZWYDZIELNICZY

(a) Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, odżywiania i metabolizmu

Wnioskodawcy z zaburzeniami wydzielania wewnętrznego, odżywiania i metabolizmu mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem ustabilizowania stanu zdrowia i pozytywnej oceny lotniczo-lekarskiej.

(b) Otyłość

Wnioskodawcy otyli mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli przekroczenie wagi nie będzie wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji.

(c) Dysfunkcja tarczycy

Wnioskodawcy z dysfunkcją tarczycy mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem uzyskania eutyreozy.

(d) Cukrzyca

(1) Wnioskodawcy stosujący leki przeciwcukrzycowe, które z małym prawdopodobieństwem mogą spowodować wystąpienie hipoglikemii mogą być uznani za zdolnych.

(2) Wnioskodawcy z cukrzycą typu 1 powinni zostać uznani za niezdolnych.

(3) Wnioskodawcy z cukrzycą typu 2 leczeni insuliną mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem w zakresie przedłużania ważności pod warunkiem osiągnięcia odpowiednich wartości cukru we krwi oraz przestrzegania warunków, o których mowa w pkt (e) i (f) poniżej. Nałożenie ograniczenia ORL jest konieczne. Można rozważyć konieczność wprowadzenia ograniczenia TML na okres 12 miesięcy w celu zapewnienia zgodności z wymogami w zakresie badań kontrolnych, o których mowa poniżej. Przywileje wynikające z licencji nie powinny obejmować lotów na śmigłowcach.

(e) Ocena lotniczo-lekarska wykonywana przez konsultanta medycznego władzy uprawnionej do licencjonowania, lub pod jego nadzorem:

(1) Konsultacja diabetologiczna raz w roku obejmująca:

(i) badanie przedmiotowe;

(ii) ocenę wykonanych badań poziomu cukru we krwi;

(iii) ocenę układu sercowo-naczyniowego. Próbkę wysiłkową w wieku 40 lat, wykonywaną raz na 5 lat i ze wskazań klinicznych, włącznie z oceną występujących czynników ryzyka;

(iv) stan układu moczowego zwłaszcza w odniesieniu do stanu nerek.

- (2) Badanie narządu wzroku raz w roku obejmujące:
- (i) badanie pola widzenia perymetrem Humphreya;
 - (ii) stan naczyń siatkówki badanej lampą szczelinową wraz z dokumentacją;
 - (iii) badanie w kierunku zaćmy.
- Powstanie retinopatii wymaga przeprowadzenia pełnego badania narządu wzroku.
- (3) Badanie wskaźników morfotycznych krwi wykonywane w okresach sześciomiesięcznych obejmujące:
- (i) HbA1c;
 - (ii) ocenę funkcji nerek;
 - (iii) badanie funkcji wątroby;
 - (iv) lipidogram.
- (4) Wnioskodawcy powinni być uznani za czasowo niezdolnych po:
- (i) zmianie leków/insuliny prowadzącej do zmiany dotychczasowego profilu leczenia do czasu osiągnięcia stabilizacji poziomu cukru we krwi;
 - (ii) jednorazowego niewytłumaczalnego i istotnego spadku poziomu cukru do czasu osiągnięcia stabilizacji poziomu cukru we krwi.
- (5) Wnioskodawcy powinni zostać uznani za niezdolnych w następujących przypadkach:
- (i) utraty kontroli nad pomiarami poziomu cukru;
 - (ii) powstania retinopatii z jakąkolwiek utratą pola widzenia;
 - (iii) znaczącej nefropatii;
 - (iv) jakiegokolwiek innego powikłanie choroby mogące zagrozić bezpieczeństwu lotu.

(f) Obowiązki pilota

Pomiar poziomu cukru we krwi jest wykonywany w okresach operacyjnych i nieoperacyjnych operacji lotniczych. Pilot powinien mieć przy sobie i korzystać z niego aparat wyposażony w pamięć pomiaru poziomu glukozy w pełnej krwi. Aparatura do ciągłego pomiaru poziomu glukozy (CGMS) we krwi nie powinna być stosowana. Piloci powinni wykazać przed lekarzem orzecznikiem medycyny lotniczej lub centrum medycyny lotniczej lub konsultantem medycznym władzy uprawnionej do licencjonowania, że badania zostały wykonane zgodnie z poniższymi wskazówkami oraz przedstawić wyniki.

- (1) Wykonywania testów w okresach nieoperacyjnych operacji lotniczych: zazwyczaj wykonywane 3-4 razy dziennie lub zgodnie z zaleceniami lekarza

prowadzącego lub w jakimkolwiek przypadku podejrzenia spadku poziomu cukru.

- (2) Wykonywania testów w okresach operacyjnych operacji lotniczych:
 - (i) 120 minut przed odlotem;
 - (ii) <30 minut przed odlotem;
 - (iii) w sześćdziesiątej minucie lotu;
 - (iv) na trzydzieści minut przed lądowaniem.
- (3) Działania wykonywane po sprawdzeniu poziomu glukozy:
 - (i) 120 minut przed odlotem: jeżeli poziom glukozy wynosił >15 mmol/l,(270 mg/dL) lot nie powinien być rozpoczęty;
 - (ii) należy spożyć 10-15 g węglowodanów i w przeciągu kolejnych 30 minut ponownie wykonać test, jeżeli:
 - (A) każdy wynik testu wskazuje wynik <4,5 mmol/l;(poniżej 81mg/dL)
 - (B) wykonanie testu przed lądowaniem zostało przeoczone lub wykonywane jest odejście na drugi krąg/zawrót.

AMC6 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

HEMATOLOGIA

Wnioskodawcy z zaburzeniami hematologicznymi takimi jak:

- (a) nieprawidłowe wartości hemoglobiny, ale nie tylko ograniczone do anemii czerwienicy lub hemoglobinopatii;
- (b) zaburzenia krzepnięcia, zaburzenia krwotoczne lub zakrzepowe;
- (c) znaczne powiększenie węzłów chłonnych;
- (d) ostra lub przewlekła białaczka;
- (e) powiększenie śledziony;

mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnego badania lotniczo-lekarskiego. Jeżeli stosowane jest leczenie przeciwkrzepliwe, należy zapoznać się z AMC2 MED.B.095(b)(4).

**AMC7 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska
wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich
na potrzeby LAPL**

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

- (a) Wnioskodawcy z chorobami układu moczowo-płciowego takimi jak:
- (1) choroba nerek; lub
 - (2) jeden lub więcej kamieni moczowych lub stwierdzona w wywiadzie medycznym historia kolki nerkowej
- mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny urologicznej, stosownie do przypadku.
- (b) Wnioskodawcy, którzy przeszli duży zabieg chirurgiczny w obrębie układu moczowo-płciowego, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pełnego powrotu do zdrowia.
- (c) Wnioskodawcy, którzy przeszli przeszczep nerki mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny nerek.

**AMC8 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska
wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich
na potrzeby LAPL**

Decyzja ED 2019/002/R

CHOROBA ZAKAŻNA

- (a) Wnioskodawcy HIV seropozytywni mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnej oceny lotniczo-lekarskiej.
- (b) Wnioskodawcy z przewlekłymi infekcjami mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że infekcje nie będą wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji.

**AMC9 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska
wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich
na potrzeby LAPL**

Decyzja ED 2019/002/R

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

- (a) Cięża

Posiadaczki orzeczenia lekarskiego na potrzeby LAPL powinny wyłącznie korzystać z przywilejów wynikających z licencji do końca 26 tygodnia ciąży pod warunkiem wykonywania rutynowych badań położniczych.

- (b) Wnioskodawczynie, które przebyły poważny ginekologiczny zabieg operacyjny mogą zostać uznane za zdolne pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia.

AMC10 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

Wnioskodawcy powinni prezentować zadowalający stan funkcjonalny układu mięśniowo-szkieletowego w celu zapewnienia bezpiecznego korzystania z przywilejów wynikających z licencji.

AMC11 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

ZDROWIE PSYCHICZNE

- (a) Wnioskodawcy z zaburzeniami psychicznymi lub behawioralnymi spowodowanymi używaniem lub nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po okresie dwóch lat udokumentowanego stanu trzeźwości lub wolności od używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych, pod warunkiem pozytywnej oceny psychiatrycznej przeprowadzonej po zakończeniu leczenia. W przypadku przedłużania ważności lub wznowienia orzeczenia, pozytywna ocena zdolności może być rozważona wcześniej. W zależności od indywidualnych przypadków, leczenie i ocena mogą polegać na leczeniu na oddziale szpitalnym przez kilka tygodni, a następnie na przeprowadzeniu kontroli obejmującej analizę wskaźników morfotycznych krwi oraz osady koleżeńskie, które mogą być wymagane przez czas nieokreślony.
- (b) Wnioskodawcy, u których stwierdzono w wywiadzie medycznym występowanie epizodów psychotycznych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może zostać rozważona, jeżeli przyczyna została jednoznacznie zidentyfikowana jako przejściowa, przestała istnieć, a ryzyko nawrotu jest minimalne.
- (c) Wnioskodawcy z udokumentowaną historią medyczną lub rozpoznaniem klinicznym schizofrenii, zaburzeń schizotypowych lub urojeniowych powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona wyłącznie w sytuacji kiedy pierwotna diagnoza została postawiona niewłaściwie lub niedokładnie, co zostało potwierdzone badaniem psychiatrycznym lub, w przypadku pojedynczego epizodu delirium, pod warunkiem, że wnioskodawca nie ma utrwalonych zaburzeń.
- (d) Substancje psychoaktywne

Wnioskodawcy, którzy używają lub nadużywają substancji psychoaktywnych lub leków psychoaktywnych mogących wpływać na bezpieczeństwo lotu, powinni zostać uznani za niezdolnych. W przypadku uzyskania stabilizacji leczenia substancjami psychoaktywnymi, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny lekarskiej z ograniczeniami. Jeżeli dawka lub rodzaj leku ulegają zmianie, wymagany jest kolejny okres niezdolności, do momentu uzyskania stabilizacji.

(e) Wnioskodawcy ze schorzeniami psychiatrycznymi takimi jak:

- (1) zaburzenia nastroju;
- (2) zaburzenia neurotyczne;
- (3) zaburzenia osobowości;
- (4) zaburzenia psychiczne lub behawioralne

powinni przejść pozytywne badanie psychiatryczne zanim można będzie rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.

(f) Wnioskodawcy z obciążającym wywiadem chorobowym dotyczącym pojedynczych lub powtarzających się prób umyślnego samookaleczania powinni przejść pozytywne badanie psychiatryczne lub psychologiczne, lub obydwa, zanim można będzie rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.

(g) Konsultacja psychiatryczna może zawierać raporty instruktora szkolenia ogólnego wnioskodawcy.

(h) Wnioskodawcy z zaburzeniami psychologicznymi mogą wymagać skierowania na konsultację psychologiczną.

(i) W przypadku specjalistycznego badania, po jego zakończeniu, lekarz specjalista powinien przedstawić lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarzowi medycyny ogólnej lub konsultantowi medycznemu władzy uprawnionej do licencjonowania, stosownie do przypadku, raport szczegółowo opisujący wyniki badania wraz z zaleceniami.

AMC12 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

NEUROLOGIA

(a) Padaczka i drgawki

(1) Wnioskodawcy z rozpoznaną i leczoną padaczką powinni zostać uznani za niezdolnych. Ponowna ocena po zakończeniu leczenia przez co najmniej 5 lat powinna obejmować przegląd raportów neurologicznych.

(2) Wnioskodawcy mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli:

- (i) w wywiadzie stwierdzono pojedynczy przypadek bezgorączkowej postaci drgawek uznanej jako formy o znikomej możliwości nawrotu;

- (ii) nie było nawrotu choroby przynajmniej w okresie ostatnich pięciu latach po zaprzestaniu leczenia;
- (iii) przyczyna choroby została zidentyfikowana, skutecznie leczona i nie stwierdzono dowodów na trwającą predyspozycję do padaczki.

(b) Choroby układu nerwowego

Wnioskodawcy, u których rozpoznano jakąkolwiek postać choroby układu nerwowego mogącą spowodować zagrożenia dla bezpieczeństwa lotu, powinni zostać uznani za niezdolnych. Jednak w niektórych przypadkach, w tym w przypadkach niewielkich ubytków funkcjonalnych powiązanych z chorobą utrwaloną, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności po przeprowadzeniu pełnego badania w tym, jeżeli zajdzie taka potrzeba, medycznego testu sprawdzającego w locie.

(c) Migrena

Wnioskodawcy z rozpoznaną migreną lub innymi poważnymi bólami głowy występującymi okresowo, mogącymi spowodować zagrożenie dla bezpieczeństwa lotu, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona po przeprowadzeniu pełnego badania. Badanie powinno uwzględniać co najmniej następujące elementy: aury, utratę pola widzenia, częstotliwość, dotkliwość, terapię. Mogą mieć zastosowanie odpowiednie ograniczenia.

(d) Uraz głowy

Wnioskodawcy z urazem głowy, który był na tyle dotkliwy, że spowodował utratę przytomności lub był związany z drażącym urazem mózgu, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pełnego powrotu do zdrowia oraz małego ryzyka wystąpienia padaczki. W zależności od stopnia urazu pierwotnego, może być wymagana ocena neurologiczna.

(e) Uraz rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych

Wnioskodawcy, u których stwierdzono w wywiadzie uraz rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych lub zaburzenie układu nerwowego spowodowane urazem, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem pozytywnego badania neurologicznego oraz po spełnieniu warunków, o których mowa w AMC10 MED.B.095.

(f) Niedobory naczyniowe

Wnioskodawcy z zaburzeniami układu nerwowego z powodu niedoborów naczyniowych, w tym epizodów krwotocznych i niedokrwiennych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywna ocena zdolności może być rozważona pod warunkiem pozytywnego badania neurologicznego oraz po spełnieniu warunków, o których mowa w AMC10 MED.B.095. W przypadku wnioskodawców z niedoborami resztkowymi, należy przeprowadzić badanie kardiologiczne oraz medyczny test sprawdzający w locie.

NARZĄD WZROKU

- (a) Wnioskodawcy nie powinni posiadać żadnych nieprawidłowości funkcji oczu lub ich przydatków oraz żadnej czynnej formy choroby wrodzonej lub nabytej, ostrej bądź przewlekłej, ani żadnego powikłania pooperacyjnego lub urazu mogącego mieć wpływ na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji.

- (b) Badanie oczu

Badanie powinno uwzględniać ostrość widzenia (widzenie bliży, widzenie pośrednie i widzenie dali) oraz pole widzenia.

- (c) Ostrość widzenia

- (1) Ostrość widzenia z korekcją lub bez powinna wynosić 6/9 (0,7) obuocznie i 6/12 (0,5) w każdym oku.
- (2) Wnioskodawcy, którzy nie spełniają wymogów dotyczących ostrości widzenia powinni zostać poddani badaniu przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub centrum medycyny lotniczej uwzględniając przywileje wynikające z licencji oraz ryzyko z tym związane.
- (3) Wnioskodawcy powinni czytać, obuocznie, tablicę N5 (lub równoważną) z odległości 30-50 cm oraz tablicę N14 (lub równoważną) z odległości 100 cm w korekcji jeżeli ta została zalecona (Patrz GM1 MED.B.070).

- (d) Ostrość widzenia

Wnioskodawcy, u których stwierdzono widzenie niestandardowe w jednym oku, mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli lepsze oko:

- (1) osiągnie ostrość widzenia dali 6/6 (1,0) z korekcją lub bez;
- (2) osiągnie ostrość widzenia dali mniejszą niż 6/6 (1,0) ale nie mniejszą niż 6/9 (0,7) po przeprowadzeniu badania okulistycznego.

- (e) Ubytki w polu widzenia

Wnioskodawcy z ubytkami w polu widzenia mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli pole widzenia dwuocznego lub, w przypadku jednoocznosci, pole widzenia jednoocznego jest akceptowalne.

- (f) Operacja oczu

- (1) Po wykonanej operacji oczu można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności, pod warunkiem uzyskania stabilizacji refrakcji, braku powikłań pooperacyjnych oraz braku wzrostu wrażliwości na ośnienie.
- (2) Po operacji zaćmy, jaskry lub siatkówki można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności, pod warunkiem całkowitego powrotu do zdrowia.

(g) Szkła korekcyjne

Soczewki korekcyjne powinny zapewniać posiadaczowi licencji możliwość spełnienia wymagań w zakresie wzroku na każdej odległości.

**AMC14 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska
wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich
na potrzeby LAPL**

Decyzja ED 2019/002/R

WIDZENIE BARW

Wnioskodawcy, którzy będą wykonywać loty w warunkach nocnych powinni prawidłowo odróżniać 9 z pierwszych 15 tablic 24-płytkowej edycji tablic Ishihary lub być colour safe.

**AMC15 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska
wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich
na potrzeby LAPL**

Decyzja ED 2019/002/R

OTOLARYNGOLOGIA

(a) Słuch

- (1) Wnioskodawcy powinni prawidłowo rozumieć mowę potoczną badaną z odległości 2 m, z aparatem słuchowym lub bez, stojąc tyłem do badającego.
- (2) Jeżeli wymagania w zakresie słuchu mogą być spełnione wyłącznie poprzez zastosowanie aparatu słuchowego, aparat taki powinien zapewniać optymalny słuch, być dobrze tolerowany i być odpowiedni dla celów lotniczych.
- (3) Kandydaci z niedosłuchem powinni wykazać się zadowalającą funkcjonalną zdolnością słyszenia.
- (4) Wnioskodawcy z głęboką głuchotą lub poważnym zaburzeniem mowy, lub w obydwu przypadkach, mogą zostać uznani za zdolnych z ograniczeniem SSL takim jak „ograniczenie do obszarów i operacji, w których korzystanie z radia nie jest obowiązkowe”. Statek powietrzny powinien być wyposażony w odpowiednie alternatywne urządzenia ostrzegawcze zamiast ostrzeżeń dźwiękowych.

(b) Stan ucha

Wnioskodawcy, u których stwierdzono:

- (1) czynny stan zapalny ucha wewnętrznego lub środkowego;
- (2) niewyleczoną perforację lub dysfunkcję jednej lub obu błon bębenkowych;
- (3) zaburzenia funkcji układu przedsionkowego;
- (4) znaczące zaburzenie drożności przewodów nosowych;

- (5) zaburzenia funkcji zatok;
- (6) znaczące zniekształcenie lub poważny proces zapalny jamy ustnej bądź górnych dróg oddechowych; lub
- (7) znaczące upośledzenie mowy lub głosu

powinni przejść dalsze badania w celu ustalenia, że powyższe schorzenia nie będą wpływać na bezpieczne korzystanie z przywilejów wynikających z licencji.

AMC16 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

DERMATOLOGIA

W przypadkach, kiedy stan dermatologiczny jest powiązany z chorobą ogólnoustrojową, należy przede wszystkim zwrócić uwagę na chorobę zasadniczą, zanim można będzie rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.

AMC17 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

ONKOLOGIA

- (a) W przypadku choroby nowotworowej, wnioskodawcy mogą otrzymać pozytywną ocenę zdolności, jeżeli:
 - (1) nie ma dowodów na obecność resztkowej choroby nowotworowej, która mogłaby zagrozić bezpieczeństwu lotu;
 - (2) upłynął odpowiedni do rodzaju guza czas od zakończenia leczenia podstawowego;
 - (3) ryzyko wystąpienia niezdolności do pracy w locie z powodu nawrotu lub przerzutów jest wystarczająco niskie;
 - (4) nie ma dowodów na występowanie krótko- lub długoterminowych następstw leczenia, które mogłyby zagrozić bezpieczeństwu lotu.
- (b) Ustalenia dotyczące onkologicznych badań kontrolnych powinny być dokonane na odpowiedni okres czasu.
- (c) Wnioskodawcy, u których stwierdzono w wywiadzie medycznym lub rozpoznano kliniczną postać złośliwego guza wewnątrzczaszkowego, powinni zostać uznani za niezdolnych.

GM1 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

CUKRZYCA TYPU 2 LECZONA INSULINĄ – WYMAGANIA OGÓLNE

- (a) Piloci oraz ich lekarze prowadzący powinni mieć świadomość, że uzyskanie normalnego (dla nie cukrzyków) poziomu hemoglobiny glikowanej znacząco zwiększa prawdopodobieństwo hipoglikemii. Ze względów bezpieczeństwa ustalono poziom hemoglobiny glikowanej w granicach 7,5-8,5%, pomimo tego, że istnieją dowody na to, że niższe wartości HbA1c skutkują mniejszym prawdopodobieństwem komplikacji cukrzycowych.
- (b) Pilot bezpieczeństwa powinien być poinformowany o potencjalnych schorzeniach pilota przed rozpoczęciem lotu. Wyniki wykonanych badań poziomu cukru we krwi przed lotem oraz w czasie lotu powinny być udostępnione pilotowi bezpieczeństwa w celu uzyskania akceptacji otrzymanych wartości.

GM2 MED.B.095 Badanie lekarskie i ocena lekarska wnioskodawców ubiegających się o wydanie orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL

Decyzja ED 2019/002/R

CUKRZYCA TYPU 2 LECZONA INSULINĄ – TABELA PRZELICZENIOWA DLA HbA1c W PROCENTACH (%) ORAZ MMOL/MOL

HbA1c w %	HbA1c w mmol/mol
4,7	28
5,0	31
5,3	34
5,6	38
5,9	41
6,2	44
6,5	48
6,8	51
7,4	57
8,0	64
8,6	70
9,2	77
9,8	84
10,4	90
11,6	103

ZABURZENIA NASTROJU

Po całkowitym powrocie do zdrowia po zaburzeniach nastroju oraz po wnikliwej analizie indywidualnego przypadku, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności, w zależności od charakterystyki i stopnia zaburzenia. W przypadku uzyskania stabilizacji leczenia substancjami psychoaktywnymi, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny lekarskiej. Jeżeli dawka lub rodzaj leku ulegają zmianie, wymagane będzie kolejne badanie, do momentu uzyskania stabilizacji.

PODCZĘŚĆ C – WYMAGANIA DOTYCZĄCE SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ I PSYCHICZNEJ PERSONELU POKŁADOWEGO

SEKCJA 1 – Wymagania ogólne

MED.C.001 Warunki ogólne

Rozporządzenie (UE) Nr 1178/2011

Członkowie personelu pokładowego wykonują obowiązki nakładane na nich przez przepisy w dziedzinie bezpieczeństwa lotniczego na pokładzie statku powietrznego wyłącznie w przypadku, gdy spełniają stosowne wymagania określone w niniejszej części.

MED.C.005 Oceny lotniczo-lekarskie

Rozporządzenie (UE) Nr 1178/2011

- (a) Członków personelu pokładowego poddaje się ocenie lotniczo-lekarskiej, aby sprawdzić, czy nie cierpią na dolegliwości fizyczne lub psychiczne mogące doprowadzić do utraty zdolności lub niemożności wykonywania spoczywających na nich obowiązków w zakresie bezpieczeństwa.
- (b) Każdego członka personelu pokładowego poddaje się ocenie lotniczo-lekarskiej przed pierwszym przypisaniem mu obowiązków na statku powietrznym, a następnie co najmniej raz na 60 miesięcy.
- (c) W przypadku gdy wymagania określone w MED.D.040 są spełnione, oceny lotniczo-lekarskiej dokonuje lekarz orzecznik medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarz medycyny pracy.

AMC1 MED.C.005 Oceny lotniczo-lekarskie

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Podczas badań i ocen lotniczo-lekarskich członków personelu pokładowego, stosownie do przypadku, ich zdolność fizyczna i psychiczna powinna być oceniana w odniesieniu do predyspozycji fizycznych i psychicznych umożliwiających:
 - (1) odbycie szkolenia przewidzianego dla personelu pokładowego w celu nabycia i podtrzymania kompetencji w zakresie np. opanowania pożaru, awaryjnego opuszczenia samolotu po trapach, stosowania zabezpieczającego zestawu tlenowego (ang. *Protective Breathing Equipment – PBE*) w symulowanych warunkach zadymienia pokładu samolotu i podczas udzielania pierwszej pomocy;
 - (2) obsługę systemów statku powietrznego i wyposażenia awaryjnego przeznaczonego do użycia przez personel pokładowy, np. systemy zarządzania w kabinie, drzwi/wyjścia, urządzenia ewakuacyjne, gaśnice, z uwzględnieniem klasy i typu statku powietrznego, np. wąskokadłubowy lub

szerokokadłubowy, jednopokładowy lub wielopokładowy, operacje w załodze jednoosobowej lub wieloosobowej;

- (3) stałą tolerancję na warunki środowiskowe panujące na pokładzie samolotu podczas wykonywania obowiązków, np. wysokość, ciśnienie, filtracja powietrza, hałas, oraz typu wykonywanej operacji, np. lot krótko/średnio/długo/ultra długodystansowy; oraz
- (4) prawidłowe wykonywanie wymaganych obowiązków podczas sytuacji normalnych i anormalnych oraz w sytuacjach awaryjnych i sytuacjach wymagających pod względem psychologicznym, np. zapewnienie pomocy załodze i pasażerom podczas dekompresji, zarządzanie stresem, podejmowanie decyzji, kontrolowanie tłumy oraz efektywna koordynacja działań w załodze, postępowanie z pasażerami agresywnymi i zarządzanie zagrożeniami dla bezpieczeństwa. W stosownych przypadkach, podczas oceny zdolności fizycznej i psychicznej personelu pokładowego należy również wziąć pod uwagę loty w załodze pokładowej jednoosobowej.

(b) Przerwy czasowe

- (1) Przerwy czasowe pomiędzy ocenami lotniczo-lekarskimi powinny zostać określone przez właściwy organ. Przerwy ustalone przez właściwy organ dotyczą członków personelu pokładowego, którzy:
 - (i) przechodzą oceny lotniczo-lekarskie wykonywane przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy pod nadzorem właściwego organu; lub
 - (ii) są zatrudnieni przez operatora będącego pod nadzorem właściwego organu.
- (2) Przerwa pomiędzy ocenami lotniczo-lekarskimi może zostać zmniejszona przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy ze względów medycznych oraz zgodnie z MED.C.035.
- (3) Oceny lotniczo-lekarskie w celu przedłużenia raportu medycznego dotyczącego personelu pokładowego mogą być przeprowadzane do 45 dni przed datą wygaśnięcia poprzedniego raportu medycznego. Okres ważności oceny lotniczo-lekarskiej powinien być obliczany od daty wygaśnięcia poprzedniej oceny lotniczo-lekarskiej.

SEKCJA 2 – Wymagania w zakresie oceny lotniczo-lekarskiej personelu pokładowego

MED.C.020 Warunki ogólne

Rozporządzenie (UE) Nr 1178/2011

Członkowie personelu pokładowego są wolni od wszelkiej:

- (a) wrodzonej lub nabytej nieprawidłowości;
- (b) czynnej, utajonej, ostrej lub przewlekłej choroby lub niepełnosprawności;
- (c) rany, urazu lub następstw operacji; oraz
- (d) bezpośrednich lub ubocznych skutków przyjmowania jakichkolwiek leków o działaniu leczniczym, diagnostycznym lub profilaktycznym wydawanych na receptę lub bez recepty, których działanie pociągałoby za sobą częściową niewydolność czynnościową mogącą doprowadzić do utraty zdolności lub niemożności wykonywania spoczywających na nich obowiązków w zakresie bezpieczeństwa.

MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Rozporządzenie (UE) Nr 1178/2011

- (a) Pierwsza ocena lotniczo-lekarska obejmuje co najmniej:
 - (1) ocenę historii medycznej członka personelu pokładowego składającego wniosek; oraz
 - (2) badania kliniczne:
 - (i) układu sercowo-naczyniowego;
 - (ii) układu oddechowego;
 - (iii) układu mięśniowo-szkieletowego;
 - (iv) otorynolaryngologiczne;
 - (v) układu wzrokowego; oraz
 - (vi) widzenia barw.
- (b) Każda kolejna ponowna ocena lotniczo-lekarska musi obejmować:
 - (1) ocenę historii medycznej członka personelu pokładowego; oraz
 - (2) badanie kliniczne, w przypadku gdy jego przeprowadzenie zostanie uznane za konieczne zgodnie z najlepszą praktyką w zakresie medycyny lotniczej.

- (c) Do celów lit. a) i b), w przypadku zaistnienia jakichkolwiek wątpliwości lub zgodnie ze wskazaniem klinicznym, ocena lotniczo-lekarska członka personelu pokładowego obejmuje każde dodatkowe badanie lekarskie, test lub ocenę uzupełniającą, których przeprowadzenie uznaje za konieczne lekarz orzecznik medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarz medycyny pracy.

AMC1 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

Badania oraz oceny lotniczo-lekarskie członków personelu pokładowego powinny być przeprowadzane zgodnie z zapisami zawartymi w punktach od AMC2 do AMC18 MED.C.025.

AMC2 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

(a) Badanie

- (1) Standardowe 12-odprowadzeniowe badanie spoczynkowe EKG wraz z opisem powinno być wykonane według wskazań klinicznych podczas badania wstępnego po ukończeniu 40 roku życia, a następnie przynajmniej raz na pięć lat po ukończeniu 50 roku życia. W przypadku obecności czynników ryzyka takich jak palenie tytoniu, nieprawidłowe wartości cholesterolu lub nadwagi spoczynkowe zapisy EKG powinny być zredukowane do okresów dwuletnich.
- (2) Rozszerzone badanie układu sercowo-naczyniowego powinno być wykonywane w przypadkach uzasadnionych klinicznie.

(b) Ogólna ocena układu sercowo-naczyniowego

- (1) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono:
 - (i) tętniaka aorty piersiowej lub nadnerkowej przed operacją;
 - (ii) znaczącą funkcjonalną nieprawidłowość którejkolwiek zastawki serca; lub
 - (iii) przeszczep serca/płuc

powinni zostać uznani za niezdolnych.

- (2) Członkowie personelu pokładowego z rozpoznaniem:
 - (i) obwodowej choroby układu krwionośnego przed lub po zabiegu operacyjnym;
 - (ii) tętniaka aorty brzusznej przed lub po zabiegu operacyjnym;
 - (iii) niewielkich zmian w obrębie zastawek serca;
 - (iv) po zabiegach operacyjnych na zastawkach;

- (v) zmian osierdzia, mięśnia serca i wsierdzia;
- (vi) wrodzonych wad serca przed lub po chirurgicznych zabiegach naprawczych;
- (vii) zmian w zastawkach wymagających ogólnoustrojowego leczenia lekami przeciwkrzepliwymi;
- (viii) nawracających omdleń wazowagalnych o nieznanym podłożu;
- (ix) tętniczej lub żylniej zakrzepicy; lub
- (x) odmy opłucnowej

przed wydaniem oceny o zdolności do pracy powinni zostać poddani badaniom przez kardiologa.

(c) Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe

Podczas rozpoczynania leczenia przeciwkrzepliwego członkowie personelu pokładowego powinni zostać uznani za niezdolnych. Po upływie okresu stabilnej przeciwkrzepliwiej terapii profilaktycznej, można rozważyć ocenę o zdolności do pracy z ograniczeniami, stosownie do przypadku. Terapia przeciwkrzepliwą powinna zostać uznana za stabilną, jeżeli w ciągu ostatnich 6 miesięcy udokumentowano przynajmniej pięciokrotne pomiary wskaźnika INR, z których przynajmniej 4 mieszczą się w granicach normy terapeutycznej i ryzyko krwotoku jest akceptowalne. W przypadku leków przeciwzakrzepowych niewymagających monitorowania wskaźnika INR, ocenę zdolności do pracy można rozważyć po 3-miesięcznym okresie stabilizacji. Członkowie personelu pokładowego z zatorowością płucną powinni być również poddani badaniom przez kardiologa. Po zakończeniu leczenia przeciwkrzepliwego, w każdym przypadku, członkowie personelu pokładowego powinni zostać poddani ponownej ocenie.

(d) Omdlenie

- (1) W przypadku pojedynczego epizodu omdlenia wazowagalnego, który można wyjaśnić w sposób zadowalający, można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.
- (2) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono nawracające epizody omdleń wazowagalnych, powinni zostać uznani za niezdolnych. Pozytywną ocenę zdolności można rozważyć po upływie 6 miesięcy bez nawrotów, pod warunkiem pozytywnej oceny kardiologicznej. Może być wskazane badanie neurologiczne.

(e) Ciśnienie tętnicze

Pomiar ciśnienia tętniczego powinien być wykonany podczas każdych badań okresowych.

- (1) Wartości ciśnienia tętniczego powinny mieścić się w prawidłowym zakresie i nie powinny stale przekraczać wartości 160 skurczowe i 95 rozkurczowe mmHg, z leczeniem lub bez, uwzględniając inne czynniki ryzyka.
- (2) Członkowie personelu pokładowego inicjujący leczenie w celu kontroli ciśnienia tętniczego powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu uzyskania pewności o braku skutków ubocznych oraz potwierdzenia, że leczenie nie

stanowi zagrożenia dla bezpiecznego wykonywania obowiązków personelu pokładowego.

(f) Choroba wieńcowa serca

(1) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono:

- (i) niedokrwienie mięśnia serca;
- (ii) objawową chorobę wieńcową serca; lub
- (iii) objawy choroby wieńcowej serca korygowane farmakologicznie

powinni zostać uznani za niezdolnych.

(2) Członkowie personelu pokładowego niewykazujący objawów po przebytych zawale serca lub po operacji choroby wieńcowej powinni wykazywać całkowity powrót do zdrowia przed rozważeniem wydania oceny o zdolności do pracy. W takim przypadku członkowie personelu pokładowego powinni być poddani wtórnemu leczeniu zapobiegawczemu.

(g) Zaburzenia rytmu serca/przewodzenia

(1) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono jakiekolwiek istotne zaburzenia przewodzenia lub rytmu serca, powinni odbyć konsultację kardiologiczną przed rozważeniem wydania pozytywnej oceny zdolności.

(2) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono w wywiadzie:

- (i) zastosowanie ablacji; lub
- (ii) wszczepienie rozrusznika serca

powinni odbyć konsultację kardiologiczną i uzyskać zadowalający wynik badania przed wydaniem oceny o zdolności do pracy.

(3) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono:

- (i) objawową chorobę zatokowo-przedsionkową;
- (ii) objawową kardiomiopatię przerostową;
- (iii) całkowity blok przedsionkowo-komorowy;
- (iv) wydłużenie odstępu PQ z towarzyszącymi objawami;
- (v) wszczepienie automatycznego defibrylatora;
- (vi) posiadanie komorowego rozrusznika serca przeciwdziałającego tachykardii

powinni zostać uznani za niezdolnych.

AMC3 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD ODDECHOWY

- (a) Członkowie personelu pokładowego z istotnym zaburzeniem funkcji układu oddechowego powinni zostać uznani za niezdolnych. Ocena o zdolności do pracy może zostać uwzględniona po zadowalającym powrocie do zdrowia.
- (b) Członkowie personelu pokładowego powinni zostać poddani badaniom spirometrycznym lub morfologicznym płuc na podstawie wskazań klinicznych.
- (c) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono w wywiadzie chorobowym lub rozpoznano:
 - (1) astmę oskrzelową;
 - (2) czynny proces zapalny układu oddechowego;
 - (3) czynną postać sarkoidozy;
 - (4) odmę opłucnową;
 - (5) zespół bezdechu sennego/zaburzenia snu; lub
 - (6) poważny zabieg chirurgiczny w obrębie klatki piersiowejmuszą zostać poddani ocenie układu oddechowego przed rozważeniem wydania pozytywnej oceny zdolności.
- (d) Członkowie personelu pokładowego, którzy zostali poddani zabiegowi chirurgicznemu polegającemu na usunięciu płuca, powinni zostać uznani za zdolnych.

AMC4 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD TRAWIENNY

- (a) Członkowie personelu pokładowego z jakimikolwiek następstwami choroby lub przebytego zabiegu chirurgicznego w obrębie przewodu pokarmowego lub jego przydatków, mogącymi spowodować niezdolność do pracy podczas lotu, w szczególności niedrożność spowodowaną objawami uciskowymi lub zwężeniem, powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (b) Członkowie personelu pokładowego nie powinni mieć przepuklin mogących skutkować wystąpieniem nagłej niezdolności do pracy.
- (c) Członkowie personelu pokładowego z zaburzeniami przewodu pokarmowego włącznie z:
 - (1) nawracającymi problemami dyspeptycznymi wymagającymi leczenia;
 - (2) chorobą wrzodową;

- (3) zapaleniem trzustki;
- (4) objawową kamicą żółciową;
- (5) rozpoznaną klinicznie lub stwierdzoną w wywiadzie przewlekłą chorobą zapalną jelit;
- (6) przebytą operacją w obrębie przewodu pokarmowego lub jego przydatków włącznie z zabiegiem polegającym na częściowym lub całkowitym usunięciu bądź przemieszczeniu jakiegokolwiek z jego organów;
- (7) morfologiczną lub czynnościową chorobą wątroby; lub
- (8) przebytą operacją, w tym przeszczepie wątroby

mogą zostać uznani za zdolnych po zadowalającej ocenie gastroenterologicznej.

AMC5 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD METABOLICZNY ORAZ WEWNĄTRZWYDZIELNICZY

- (a) Członkowie personelu pokładowego nie powinni posiadać jakiegokolwiek funkcjonalnego albo strukturalnego zaburzenia z zakresu metabolizmu, odżywiania ani wydzielania wewnętrznego, które mogłoby zakłócać bezpieczne wykonywanie obowiązków służbowych.
- (b) Członkowie personelu pokładowego z zaburzeniami metabolizmu, odżywiania lub funkcjonowania gruczołów wydzielania wewnętrznego mogą zostać uznani za zdolnych, pod warunkiem uzyskania stabilności zaburzenia i pozytywnej oceny lotniczo-lekarskiej.
- (c) Cukrzyca
 - (1) Członkowie personelu pokładowego chorujący na cukrzycę wymagającą podawania insuliny mogą zostać uznani za zdolnych:
 - (i) pod warunkiem uzyskania odpowiedniej kontroli poziomu cukru we krwi i osiągnięcia oraz utrzymania należytej świadomości dotyczącej skutków hipoglikemii; oraz
 - (ii) w przypadku braku w ciągu ostatnich 12 miesięcy jakichkolwiek:
 - (A) hospitalizacji związanych z cukrzycą; lub
 - (B) przypadków obniżenia poziomu cukru we krwi, które spowodowały napad, utratę przytomności, zaburzenia funkcji poznawczej lub które wymagały interwencji innej strony; lub
 - (C) epizodów nieświadomości dotyczącej skutków hipoglikemii
 - (2) Ograniczenia powinny być nakładane stosownie do przypadku. Ograniczenie związane z koniecznością wykonywania badań specjalistycznych (SIC) oraz ograniczenie do pracy tylko w załodze wieloosobowej (MCL) powinno zostać nałożone jako minimum dopuszczające do pracy.

- (3) Członkowie personelu pokładowego chorujący na cukrzycę niewymagającą podawania insuliny mogą zostać uznani za zdolnych, jeżeli osiągnięto odpowiednią kontrolę poziomu cukru we krwi oraz świadomość odnośnie skutków hipoglikemii, w szczególności w związku z zastosowanym leczeniem hipoglikemicznym.

AMC6 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

HEMATOLOGIA

Członkowie personelu pokładowego z zaburzeniami hematologicznymi takimi jak:

- (a) nieprawidłowa hemoglobina w tym, między innymi, anemia, czerwienica lub hemoglobinopatia;
- (b) zaburzenia krzepnięcia, zaburzenia krwotoczne lub zakrzepowe;
- (c) znaczące powiększenie węzłów chłonnych;
- (d) ostra lub przewlekła białaczka; lub
- (e) powiększenie śledziony

mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem prawidłowego badania lotniczo-lekarskiego. Jeżeli stosowane jest leczenie przeciwniekrwotoczne, należy zapoznać się z AMC2 MED.C.025(c).

AMC7 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

- (a) Badanie ogólne moczu powinno stanowić część każdego badania i oceny lotniczo-lekarskiej. Mocz nie powinien zawierać jakichkolwiek składników uznanych za patologiczne.
- (b) Członkowie personelu pokładowego z jakimikolwiek chorobami nerek lub ich następstwami lub przebytymi zabiegami operacyjnymi w obrębie nerek lub układu moczowego, w szczególności z zablokowaniem w następstwie zwężenia lub ucisku mogącymi z dużym prawdopodobieństwem doprowadzić do nagłej niezdolności do pracy powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (c) Członkowie personelu pokładowego z chorobami układu moczowo-płciowego takimi jak:
 - (1) choroby nerek; lub
 - (2) stwierdzone w wywiadzie ataki kolki nerkowej spowodowane obecnością jednego lub wielu kamieni moczowych

mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem prawidłowej oceny nerek i układu moczowego.

- (d) Członkowie personelu pokładowego, którzy przebyli poważny zabieg operacyjny w obrębie układu moczowo-płciowego polegający na całkowitym lub częściowym wycięciu lub przełożeniu jakiegokolwiek z jego elementów, powinni zostać uznani za niezdolnych i poddani ponownej ocenie po całkowitym powrocie do zdrowia zanim będzie można wydać pozytywną ocenę zdolności.
- (e) Członkowie personelu pokładowego, którzy przeszli przeszczep nerek, mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem całkowitej kompensacji i dobrze tolerowanej, minimalnej terapii immunosupresyjnej po upływie przynajmniej 12 miesięcy po wykonanym zabiegu. Należy rozważyć wymóg poddania się specjalistycznym badaniom lekarskim (SIC) oraz ograniczenie do operacji tylko w załodze wieloosobowej (MCL).
- (f) Członkowie personelu pokładowego wymagający dializy powinni zostać uznani za niezdolnych.

AMC8 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

CHOROBA ZAKAŻNA

Członkowie personelu pokładowego HIV seropozytywni mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że wykonane badanie wykaże brak występowania klinicznych objawów choroby oraz satysfakcjonującą ocenę lotniczo-lekarską.

AMC9 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

- (a) Członkinie personelu pokładowego, które przeszły poważny zabieg ginekologiczny, powinny zostać uznane za niezdolne do czasu całkowitego wyleczenia.
- (b) Ciąża
 - (1) Członkini personelu pokładowego będąca w ciąży może zostać uznana za zdolną tylko podczas pierwszych 16 tygodni ciąży, pod warunkiem prawidłowej oceny przebiegu ciąży, dokonanej przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy.
 - (2) Należy rozważyć ograniczenie do niewykonywania obowiązków personelu pokładowego w obsadzie jednoosobowej.
 - (3) Lekarz orzecznik medycyny lotniczej lub lekarz medycyny pracy powinien przedstawić członkini personelu pokładowego i lekarzowi prowadzącemu pisemną informację na temat możliwych istotnych powikłań ciąży w następstwie wykonywania obowiązków służbowych.

AMC10 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

- (a) Członkowie personelu pokładowego powinni prezentować odpowiedni wzrost, prawidłową długość ramion i kończyn dolnych, a także odpowiednią siłę mięśniową umożliwiającą bezpieczne wykonywanie zadań i obowiązków służbowych.
- (b) Członkowie personelu pokładowego powinni posiadać satysfakcjonującą zdolność funkcjonalnego posługiwania się układem mięśniowym. Szczególną uwagę należy zwrócić na procedury awaryjne i ewakuację oraz związane z tym szkolenie.
- (c) Członkowie personelu pokładowego ze znaczącymi następstwami choroby, urazu lub wrodzonej nieprawidłowości w odniesieniu do kości, stawów, mięśni lub ścięgien bez lub po korekcji chirurgicznej, wymagają pełnego badania przed wydaniem pozytywnej oceny zdolności.
- (d) Członkowie personelu pokładowego z procesem zapalnym, naciekającym, pourazowym lub chorobą degeneracyjną układu mięśniowo-szkieletowego mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem, że choroba jest w okresie remisji lub jest stabilna, a dotknięty chorobą członek personelu pokładowego nie przyjmuje żadnych leków, które mogą doprowadzić do niezdolności.

AMC11 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

ZDROWIE PSYCHICZNE

- (a) Członkowie personelu pokładowego z zaburzeniami psychicznymi lub behawioralnymi spowodowanymi używaniem lub nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych powinni zostać uznani za niezdolnych do czasu powrotu do zdrowia i zaprzestania używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych oraz pod warunkiem zadowalającej oceny psychiatrycznej wykonanej po zakończeniu leczenia.
- (b) Członkowie personelu pokładowego z klinicznie rozpoznaną schizofrenią, zaburzeniami schizotypowymi lub urojeniowymi powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (c) Członkowie personelu pokładowego ze schorzeniami psychiatrycznymi takimi jak:
 - (1) zaburzenia nastroju;
 - (2) zaburzenia neurotyczne;
 - (3) zaburzenia osobowości; lub
 - (4) zaburzenia psychiczne lub behawioralnepowinni przejść zadowalające badanie psychiatryczne zanim można będzie rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.

- (d) Członkowie personelu pokładowego z obciążającym wywiadem chorobowym dotyczącym pojedynczych lub powtarzających się prób umyślnego samookaleczania powinni zostać uznani za niezdolnych. Członkowie personelu pokładowego powinni przejść zadowalające badanie psychiatryczne zanim można będzie rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.
- (e) W przypadku udokumentowanego występowania u członka personelu pokładowego zaburzeń psychicznych, powinien być on/ona skierowany/skierowana na konsultację psychologiczną.
- (f) Badanie psychologiczne może obejmować analizę zebranych danych biograficznych, ocenę predyspozycji zawodowych, wykonanie testów osobowościowych i przeprowadzenie wywiadu psychologicznego.
- (g) Psycholog powinien przedstawić lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej lub lekarzowi medycyny pracy raport szczegółowo opisujący wyniki badania wraz z zaleceniami.

AMC12 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

NEUROLOGIA

- (a) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono w wywiadzie medycznym kliniczną postać:
 - (1) padaczki; lub
 - (2) nawracających epizodów zaburzeń świadomości o nieustalonej przyczyniepowinni zostać uznani za niezdolnych.
- (b) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono w wywiadzie medycznym kliniczną postać:
 - (1) padaczki bez nawrotów po ukończeniu 5 roku życia i brak leczenia przez ponad 10 ostatnich lat;
 - (2) zapisu EEG o charakterze padaczkopodobnym i ogniskowych fal wolnych;
 - (3) postępującej lub niepostępującej postaci choroby układu nerwowego;
 - (4) stanu zapalnego ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego;
 - (5) migreny;
 - (6) pojedynczego epizodu utraty świadomości o nieustalonej przyczynie;
 - (7) utraty przytomności po urazie głowy;
 - (8) penetrującego urazu mózgu; lub
 - (9) urazów rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych;powinni zostać poddani dalszym badaniom zanim będzie można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności.

- (c) Członkowie personelu pokładowego z zaburzeniami układu nerwowego spowodowanymi niedoborami naczyniowymi, w tym zdarzeniami krwotocznymi i niedokrwiennymi, powinni zostać uznani za niezdolnych do pracy. Ocena zdolności może być rozważona, jeśli badanie neurologiczne i ocena układu mięśniowo-szkieletowego są zadowalające.

AMC13 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

NARZĄD WZROKU

- (a) Badanie
- (1) rutynowe badanie narządu wzroku powinno stanowić część badania wstępnego oraz wszystkich kolejnych badań i ocen; oraz
 - (2) rozszerzone badanie narządu wzroku powinno być wykonane przez okulistę ze wskazań klinicznych. (Patrz GM2 MED.B.070).
- (b) Ostrość widzenia dali, z korekcją lub bez, powinna wynosić dla obu oczu 6/9 (0,7) lub więcej.
- (c) Członkowie personelu pokładowego powinni być w stanie odczytywać kartę N5 (lub równoważną) z odległości 30-50 cm, z korekcją jeżeli została ona przepisana. (Patrz GM1 MED.B.070).
- (d) Pole widzenia dwuocznego, lub w przypadku jednooczności pole widzenia jednoocznego, powinno być akceptowalne.
- (e) Członkowie personelu pokładowego, którzy przebyli chirurgię refrakcyjną oka mogą zostać uznani za zdolnych pod warunkiem przejścia zadowalającego badania okulistycznego.
- (f) Członkowie personelu pokładowego z podwójnym widzeniem powinni zostać uznani za niezdolnych.
- (g) Okulary i soczewki kontaktowe:

Jeśli zadowalająca funkcja narządu wzroku osiągana jest tylko z użyciem korekcji:

- (1) w przypadku krótkowzroczności lub nadwzroczności lub w przypadku obydwu schorzeń, podczas wykonywania obowiązków służbowych należy nosić okulary lub soczewki kontaktowe;
- (2) w przypadku starczowzroczności, okulary powinny znajdować się w bezpośrednim dostępie i być gotowe do natychmiastowego użycia;
- (3) korekcja wzroku powinna zapewniać najlepszą zdolność widzenia i być dobrze tolerowana;
- (4) zapasowy zestaw podobnie korygujących okularów powinien znajdować się w bezpośrednim dostępie i być gotowy do natychmiastowego użycia;
- (5) soczewki kontaktowe remodelujące rogówkę (ortokeratologiczne) nie powinny być stosowane.

AMC14 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

WIDZENIE BARW

Członkowie personelu pokładowego powinni prawidłowo odróżniać 9 z pierwszych 15 tablic spośród 24-tablicowej edycji tablic Ishihary. Alternatywnie członkowie personelu pokładowego powinni wykazać się umiejętnością łatwego postrzegania tych kolorów, których percepcja jest wymagana dla bezpiecznego wykonywania swoich obowiązków.

AMC15 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

OTOLARYNGOLOGIA

- (a) Słuch powinien być na odpowiednim poziomie w celu zapewnienia bezpiecznego wykonywania obowiązków służbowych. Członkowie personelu pokładowego z niedosłuchem powinni wykazać prawidłową funkcjonalność narządu słuchu.
- (b) Badanie
 - (1) Badanie uszu, nosa i gardła i (ENT) powinno stanowić element każdego badania i oceny. Pomiar ciśnienia powietrza w uchu środkowym (tympanometria) lub badanie równoważne powinny być wykonywane podczas badania wstępnego lub w przypadku wskazań klinicznych.
 - (2) Słuch powinien być sprawdzany podczas każdego badania i oceny:
 - (i) członek personelu pokładowego powinien prawidłowo rozumieć mowę potoczną badaną dla każdego ucha oddzielnie z odległości 2 m, będąc odwróconym tyłem do wykonującego badanie;
 - (ii) niezależnie od zapisów w pkt (b)(2)(i) słuch powinien być badany na audiometrze podczas badania wstępnego i w przypadku wskazań klinicznych;
 - (iii) podczas badania wstępnego członek personelu pokładowego nie powinien mieć utraty słuchu większej niż 35 dB dla jakiegokolwiek częstotliwości z zakresu 500 Hz, 1000 Hz lub 2000 Hz, lub większej niż 50 dB dla częstotliwości 3000 Hz dla każdego ucha badanego oddzielnie.
 - (3) Jeżeli wymagania w zakresie słuchu mogą być spełnione wyłącznie poprzez zastosowanie aparatu słuchowego, aparat taki powinien zapewniać optymalny słuch, być dobrze tolerowany i być odpowiedni dla celów lotniczych.
- (c) Członkowie personelu pokładowego cierpiący na:
 - (1) czynny stan zapalny ucha wewnętrznego lub środkowego;
 - (2) niewygojoną perforację lub dysfunkcję błony bębenkowej;
 - (3) zaburzenia układu przedsionkowego;
 - (4) znaczącego upośledzenia drożności przewodów nosowych;

- (5) zaburzenia funkcji zatok;
- (6) znaczne zniekształcenie lub poważny stan zapalny jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych;
- (7) znaczące zaburzenia mowy lub głosu

powinni odbyć dalsze badanie mające na celu wykazanie, że istniejące schorzenie nie wpływa na bezpieczne wykonywanie obowiązków służbowych.

AMC16 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

DERMATOLOGIA

W przypadkach, kiedy stan dermatologiczny powiązany jest z chorobą ogólnoustrojową, przed wydaniem pozytywnej oceny zdolności należy zwrócić szczególną uwagę na chorobę zasadniczą.

AMC17 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

ONKOLOGIA

- (a) Po zakończonym leczeniu choroby nowotworowej, członkowie personelu pokładowego powinni przejść zadawałające badanie onkologiczne oraz badanie lotniczo-lekarskie zanim rozważone zostanie wydanie pozytywnej oceny zdolności.
- (b) Członkowie personelu pokładowego, u których stwierdzono w wywiadzie medycznym lub rozpoznano kliniczną postać złośliwego guza wewnątrzczaszkowego, powinni zostać uznani za niezdolnych. Biorąc pod uwagę dynamikę rozwoju guza można rozważyć wydanie pozytywnej oceny zdolności, pod warunkiem skutecznego leczenia i pełnego powrotu do zdrowia.

GM1 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

- (a) Podczas przeprowadzania badań i ocen lotniczo-lekarskich, należy wziąć pod uwagę typowe obowiązki personelu pokładowego, o których mowa w punktach (b) i (c), szczególnie te, które mają być wykonywane w trakcie operacji anormalnych i w sytuacjach awaryjnych, jak również obowiązki personelu pokładowego wobec osób podróżujących w celu zidentyfikowania:
 - (1) wszelkich warunków fizycznych i/lub psychicznych, które mogą mieć negatywny wpływ na wykonanie obowiązków, które wymagane są od personelu pokładowego; oraz
 - (2) które badanie(-a), test(-y) lub ocena(-y) uzupełniające(-e) powinny zostać wykonane w celu zakończenia właściwej oceny lotniczo-lekarskiej.
- (b) Podstawowe obowiązki personelu pokładowego podczas codziennych rutynowych operacji

- (1) Podczas operacji naziemnych przed/po locie z pasażerami lub bez pasażerów na pokładzie:
 - (i) monitorowanie sytuacji w kabinie statku powietrznego oraz zachowanie świadomości warunków panujących na zewnątrz statku powietrznego, w tym obserwacja widocznych powierzchni statku powietrznego oraz przekazywanie informacji załodze lotniczej o wszelkich zanieczyszczeniach powierzchni, takich jak lód lub śnieg;
 - (ii) pomoc dla pasażerów kategorii specjalnej (SCP), takich jak niemowlęta i dzieci (z osobami towarzyszącymi lub bez osób towarzyszących), osoby niepełnosprawne lub o ograniczonej sprawności ruchowej, przypadki medyczne z eskortą medyczną lub bez, oraz osoby z zakazem wstępu, osoby deportowane oraz pasażerowie objęci aresztem;
 - (iii) obserwacja pasażerów (wszelkie podejrzane zachowania, pasażerowie pod wpływem alkoholu i/lub narkotyków, pasażerowie z zaburzeniami psychicznymi), obserwacja potencjalnych osób o odpowiedniej sprawności fizycznej, kontrola tłumu podczas wsiadania i wysiadania;
 - (iv) bezpieczne przechowywanie bagażu kabinowego, pokazy bezpieczeństwa i kontrole bezpieczeństwa w kabinie, zarządzanie pasażerami i służbami naziemnymi podczas tankowania, obserwacja korzystania z przenośnych urządzeń elektronicznych;
 - (v) gotowość do wykonywania obowiązków związanych z bezpieczeństwem i sytuacjami awaryjnymi w dowolnym momencie oraz zachowanie czujności.
- (2) Podczas lotu:
 - (i) obsługa i monitorowanie systemów statku powietrznego, nadzór nad kabiną, toaletami, kuchnią, strefami personelu pokładowego i przedziałem załogi lotniczej;
 - (ii) koordynacja z załogą lotniczą na temat sytuacji w kabinie oraz w przypadku turbulencji;
 - (iii) zarządzanie pasażerami i ich obserwacja (spożywanie alkoholu, zachowanie, potencjalne problemy medyczne), obserwacja korzystania z przenośnych urządzeń elektronicznych;
 - (iv) świadomość w zakresie bezpieczeństwa i ochrony oraz wykonywanie obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i sytuacji awaryjnych w każdej chwili, jak również kontrole bezpieczeństwa kabiny przed lądowaniem.
- (c) Podstawowe obowiązki personelu pokładowego podczas sytuacji anormalnych i awaryjnych
 - (1) W przypadku planowanej lub nieplanowanej ewakuacji awaryjnej: odprawa i/lub polecenia dla pasażerów, w tym pasażerów kategorii specjalnej, oraz selekcja i odprawa dla osób w pełni sprawnych fizycznie (mogących stanowić pomoc); monitorowanie kontroli tłumu i prowadzenie ewakuacji włącznie z przypadkiem braku dowodzenia przez załogę lotniczą; obowiązki po

ewakuacji, w tym wsparcie, pierwszą pomoc, zarządzanie ocalonymi i przetrwanie w szczególnych warunkach; uruchomienie odpowiednich środków łączności ze służbami poszukiwawczo-ratowniczymi.

- (2) W przypadku dekompresji: sprawdzenie członków personelu pokładowego, pasażerów, kabiny, toalet, kuchni, miejsc odpoczynku personelu pokładowego i przedziału załogi lotniczej oraz podawanie tlenu członkom personelu pokładowego i pasażerom, w zależności od potrzeb.
- (3) W przypadku niezdolności do pracy pilota: zabezpieczenie pilota na swoim miejscu lub usunięcie go z przedziału załogi lotniczej; udzielenie pierwszej pomocy i asystowanie działającemu pilotowi w zależności od potrzeb.
- (4) W przypadku pożaru lub dymu: identyfikacja źródła/przyczyny/rodzaju pożaru/dymu w celu wykonania niezbędnych wymaganych działań; współdziałanie z innymi członkami personelu pokładowego i załogą lotniczą; wybór odpowiedniej gaśnicy/środka gaśniczego i walka z pożarem przy użyciu przenośnego wyposażenia oddechowego (PBE), rękawic i odzieży ochronnej, w zależności od potrzeb; zarządzanie przemieszczaniem się pasażerów, o ile to możliwe; instrukcje dla pasażerów w celu zapobiegania wdychaniu dymu/uduszeniu; udzielanie pierwszej pomocy w zależności od potrzeb; monitorowanie obszaru dotkniętego pożarem do momentu lądowania; przygotowanie do ewentualnego lądowania awaryjnego.
- (5) W przypadku konieczności udzielenia pierwszej pomocy i nagłych wypadków medycznych: zapewnienie pomocy członkom personelu pokładowego i/lub pasażerom; prawidłowa ocena i prawidłowe stosowanie terapeutycznego tlenu, defibrylatora, zestawu pierwszej pomocy/zestawu ratunkowego, w zależności od potrzeb; zarządzanie wydarzeniami, osobami obezwładnionymi i innymi pasażerami; koordynacja i skuteczna komunikacja z innymi członkami personelu pokładowego, w szczególności w przypadku przesyłania porady lekarskiej na częstotliwości lotniczej do załogi lotniczej lub poprzez połączenie telekomunikacyjne.
- (6) W przypadku zakłócających zachowań pasażerów: zarządzanie pasażerami stosownie do przypadku, w tym stosowanie techniki obezwładniania, w zależności od potrzeb.
- (7) W przypadku zagrożeń bezpieczeństwa (zagrożenie bombą na ziemi lub podczas lotu i/lub porwanie): kontrola obszarów kabiny i zarządzanie pasażerami, w zależności od rodzaju zagrożenia, zarządzanie podejrzanym urządzeniem, ochrona drzwi przedziału załogi lotniczej.
- (8) W przypadku obchodzenia się z materiałami niebezpiecznymi: przestrzeganie procedur bezpieczeństwa przy obchodzeniu się z urządzeniem, w szczególności z wyciekającymi substancjami chemicznymi; ochrona i zarządzanie sobą i pasażerami oraz skuteczna koordynacja i komunikacja z innymi członkami personelu pokładowego.

GM2 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

CUKRZYCA LECZONA INSULINĄ

Rozważając wydanie pozytywnej oceny zdolności dla personelu pokładowego z cukrzycą wymagającą podawania insuliny, należy wziąć pod uwagę Wytyczne IATA w sprawie

cukrzycy leczonej insuliną (personel pokładowy) (ang. *IATA Guidelines on Insulin-Treated Diabetes (Cabin Crew)*), wraz z późniejszymi zmianami.

GM3 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

WIDZENIE BARW – WYMAGANIA OGÓLNE

Przykłady barw, których percepcja jest wymagana dla bezpiecznego wykonywania obowiązków personelu pokładowego dotyczy: paneli wskaźników personelu pokładowego, manometrów wyposażenia awaryjnego (np. gaśnice) oraz statusu drzwi kabiny.

GM4 MED.C.025 Zakres oceny lotniczo-lekarskiej

Decyzja ED 2019/002/R

OTOLARYNGOLOGIA (ENT) – AUDIOGRAM TONALNY

Audiogram tonalny może również obejmować częstotliwość w zakresie 4 000 Hz w celu wczesnego wykrywania ubytku słuchu.

SEKCJA 3 – Dodatkowe wymagania dotyczące posiadaczy lub kandydatów ubiegających się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego

MED.C.030 Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego

Rozporządzenie (UE) Nr 1178/2011

- (a) Po zakończeniu oceny lotniczo-lekarskiej posiadacze oraz kandydaci ubiegający się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego:
 - (1) otrzymują od lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy raport medyczny dotyczący personelu pokładowego; oraz
 - (2) przedstawiają zatrudniającym ich operatorom informacje związane z wynikiem oceny lub kopię raportu medycznego dotyczącego personelu pokładowego.
- (b) Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego

Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego wskazuje datę przeprowadzenia oceny lotniczo-lekarskiej, określa, czy członek personelu pokładowego został uznany za sprawnego czy niesprawnego, wyznacza datę kolejnej oceny lotniczo-lekarskiej oraz, w stosownych przypadkach, uwzględnia wszelkie ograniczenia. Jakiegokolwiek inne elementy są objęte tajemnicą lekarską zgodnie z MED.A.015.

AMC1 MED.C.030 Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego

Decyzja ED 2019/002/R

Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego, który powinien być przekazany posiadaczom lub wnioskodawcom ubiegającym się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego w formie pisemnej:

- (a) powinien być wydany w języku narodowym i/lub w języku angielskim; oraz
- (b) powinien zawierać następujące pozycje:
 - (1) Państwo, w którym przeprowadzona została ocena lotniczo-lekarska w celu wydania zaświadczenia personelu pokładowego dla wnioskodawcy/posiadacza (I);
 - (2) Nazwisko i imię posiadacza lub wnioskodawcy ubiegającego się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego (IV);
 - (3) Data urodzenia posiadacza lub wnioskodawcy ubiegającego się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego (*dd/mm/rrrr*) (XIV);

- (4) Narodowość posiadacza lub wnioskodawcy ubiegającego się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego (VI);
- (5) Podpis posiadacza lub wnioskodawcy ubiegającego się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego (VII);
- (6) Wynik oceny lotniczo-lekarskiej (*zdolny lub niezdolny*) (II);
- (7) Data ważności poprzedniego raportu medycznego dotyczącego personelu pokładowego (*dd/mm/rrrr*);
- (8) Data wydania (*dd/mm/rrrr*) i podpis centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy (X);
- (9) Data oceny lotniczo-lekarskiej (*dd/mm/rrrr*);
- (10) Pieczęć centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy (XI);
- (11) Ograniczenia, stosownie do przypadku (XII);
- (12) Termin ważności raportu medycznego (*dd/mm/rrrr*) (IX).

GM1 MED.C.030(b) Raport medyczny dotyczący personelu pokładowego

Decyzja ED 2019/002/R

WYMAGANIA OGÓLNE

Format raportu medycznego dotyczącego personelu pokładowego może być taki, jak przedstawiono w poniższym przykładzie, przy czym rozmiar każdej kartki wynosi 1/8 arkusza A4.

Państwo wydania	
RAPORT MEDYCZNY DOTYCZĄCY PERSONELU POKŁADOWEGO DLA POSIADACZY LUB WNIOSKODAWCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O ZAŚWIADCZENIE PERSONELU POKŁADOWEGO	

I	Państwo, w którym przeprowadzona została ocena lotniczo-lekarska:	II	Wynik oceny lotniczo-lekarskiej (<i>zdolny lub niezdolny</i>):
III	Numer referencyjny zaświadczenia personelu pokładowego:		Data ważności poprzedniego raportu medycznego dotyczącego personelu pokładowego (<i>dd/mm/rrrr</i>):
IV	Nazwisko i imię:		Data oceny lotniczo-lekarskiej:
XIV	Data urodzenia (<i>dd/mm/rrrr</i>):	X	Data wydania* (<i>dd/mm/rrrr</i>):
VI	Narodowość:	X	Podpis centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy:
VII	Podpis posiadacza lub wnioskodawcy ubiegającego się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego:	XI	Pieczęć centrum medycyny lotniczej, lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub lekarza medycyny pracy:
2		3	

* Data wydania oznacza datę kiedy raport medyczny dotyczący personelu pokładowego został wydany i podpisany.

XII	Ograniczenia, stosownie do przypadku: Kod: Opis:	IX	Termin ważności raportu medycznego (<i>dd/mm/rrrr</i>):
	Kod: Opis:		
	Kod: Opis:		
4		5	

MED.C.035 Ograniczenia

Rozporządzenie (UE) Nr 1178/2011

- (a) Jeżeli posiadacze zaświadczenia personelu pokładowego nie spełniają w pełni wymagań zdrowotnych określonych w sekcji 2, lekarz orzecznik medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub lekarz medycyny pracy rozpatruje, czy są oni w stanie w bezpieczny sposób pełnić obowiązki członka personelu pokładowego przy stosowaniu się do jednego lub większej liczby ograniczeń.
- (b) Wszelkie ograniczenia dotyczące wykonywania przez personel pokładowy przywilejów wynikających z zaświadczenia zostają określone w raporcie medycznym dotyczącym personelu pokładowego i są cofane wyłącznie przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej, centrum medycyny lotniczej lub przez lekarza medycyny pracy w porozumieniu z lekarzem orzecznikiem medycyny lotniczej.

AMC1 MED.C.035 Ograniczenia

Decyzja ED 2019/002/R

Podczas dokonywania oceny, czy posiadacz lub wnioskodawca ubiegający się o wydanie zaświadczenia personelu pokładowego będzie w stanie wykonywać obowiązki personelu pokładowego w sposób bezpieczny przy zastosowaniu jednego lub większej liczby ograniczeń, należy wziąć pod uwagę następujące możliwe ograniczenia:

- (a) Ograniczenie do wykonywania czynności służbowych wyłącznie w załodze wieloosobowej (MCL);
- (b) Ograniczenie do wykonywania czynności służbowych na określonych typach statków powietrznych (OAL) lub do wykonywania określonego typu operacji (OOL);
- (c) Wymóg dotyczący konieczności wykonania badania i oceny lotniczo-lekarskiej we wcześniejszym terminie niż określono w MED.C.005(b) (TML);
- (d) Wymóg dotyczący wykonywania specjalistycznych badań lekarskich (SIC);
- (e) Wymóg dotyczący korekcji widzenia (CVL) lub stosowanie soczewek kontaktowych do korekcji wady wzroku (CCL);
- (f) Wymóg dotyczący stosowania aparatów słuchowych (HAL); oraz
- (g) Ograniczenie specjalne wg zaznaczenia (SSL).

PODCZĘŚĆ D – LEKARZE ORZECZNICY MEDYCYNY LOTNICZEJ, LEKARZE MEDYCYNY OGÓLNEJ, LEKARZE MEDYCYNY PRACY

SEKCJA 1 – Lekarze orzecznicy medycyny lotniczej

MED.D.001 Przywileje

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Do przywilejów posiadaczy certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej należy wydawanie, przedłużanie i wznowianie orzeczeń lekarskich 2. klasy oraz orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL, a także przeprowadzanie odpowiednich badań i ocen lekarskich.
- (b) Posiadacze certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej mogą wnioskować o rozszerzenie przysługujących im przywilejów o badania lekarskie dotyczące przedłużania i wznowiania orzeczeń lekarskich 1. klasy, jeżeli spełniają wymagania określone w pkt MED.D.015.
- (c) Przywileje posiadaczy certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej, o których mowa w lit. a) i b), obejmują przywileje przeprowadzania badań i ocen lotniczo-lekarskich członków personelu pokładowego oraz wydawanie raportów medycznych dotyczących danych członków personelu pokładowego, stosownie do przypadku, zgodnie z niniejszym załącznikiem (część MED).
- (d) Zakres przysługujących posiadaczowi certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej przywilejów oraz wszelkich związanych z tym uwarunkowań określa certyfikat.
- (e) Posiadacz certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej nie może nigdy posiadać więcej niż jednego certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej wydanego zgodnie z niniejszym rozporządzeniem.
- (f) Posiadacze certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej nie przeprowadzają badań ani ocen lotniczo-lekarskich w państwach członkowskich innych niż państwo członkowskie, które wydało ich certyfikat lekarza orzecznika medycyny lotniczej, chyba że przeszli wszystkie poniższe kroki:
 - (1) otrzymali od tego innego zainteresowanego państwa członkowskiego zezwolenie na prowadzenie działalności zawodowej jako lekarz specjalista;
 - (2) poinformowali właściwy organ tego innego państwa członkowskiego o zamiarze przeprowadzania badań i ocen lotniczo-lekarskich oraz wydawania orzeczeń lekarskich w zakresie przywilejów przysługujących im jako lekarzom orzecznikom medycyny lotniczej;
 - (3) zostali poinstruowani przez właściwy organ tego innego państwa członkowskiego.

MED.D.005 Wniosek

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Wniosek o wydanie certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej lub o rozszerzenie przywilejów objętych certyfikatem lekarza orzecznika medycyny lotniczej sporządza się w formie i w sposób określony przez właściwy organ.
- (b) Wnioskodawcy ubiegający się o wydanie certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej przekazują właściwemu organowi:
 - (1) swoje dane osobowe oraz adres zawodowy;
 - (2) dokumentację wykazującą, że spełniają wymagania określone w pkt MED.D.010, w tym dowód pomyślnego ukończenia szkolenia z zakresu medycyny lotniczej właściwego dla przywilejów, o przyznanie których się ubiegają;
 - (3) pisemne oświadczenie, że po wydaniu mu certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej lekarz orzecznik medycyny lotniczej będzie wydawał orzeczenia lekarskie w oparciu o wymagania określone w niniejszym rozporządzeniu.
- (c) Jeżeli lekarze orzecznicy medycyny lotniczej podejmują się przeprowadzania badań lotniczo-lekarskich w większej liczbie miejsc niż jedno, dostarczają właściwemu organowi odpowiednie informacje dotyczące wszystkich miejsc prowadzenia praktyki orzeczniczej i zaplecza, jakim dysponują do celów takiej praktyki.

MED.D.010 Wymagania w zakresie wydawania certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Wnioskodawcom wydaje się certyfikat lekarza orzecznika medycyny lotniczej, jeżeli spełniają wszystkie poniższe warunki:

- (a) posiadają pełne kwalifikacje oraz prawo wykonywania zawodu lekarza, a także dowód ukończenia specjalistycznego szkolenia medycznego;
- (b) pomyślnie ukończyli podstawowe szkolenie w zakresie medycyny lotniczej, w tym szkolenie praktyczne w zakresie metod badań i ocen lotniczo-lekarskich;
- (c) wykazali właściwemu organowi, że:
 - (1) dysponują właściwym zapleczem, procedurami, dokumentacją oraz sprawnymi urządzeniami odpowiednimi do przeprowadzania badań lotniczo-lekarskich;
 - (2) stosują procedury i przestrzegają warunków niezbędnych do zapewnienia tajemnicy lekarskiej.

MED.D.011 Przywileje posiadacza certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Poprzez wydanie certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej posiadaczowi przyznaje się przywileje pierwszego wydania, przedłużania i wznowiania wszystkich wymienionych poniżej dokumentów:

- (a) orzeczeń lekarskich klasy 2;
- (b) orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL;
- (c) raportów medycznych dotyczących członków personelu pokładowego.

MED.D.015 Wymagania w zakresie rozszerzania przywilejów

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Wnioskodawcom wydaje się certyfikat lekarza orzecznika medycyny lotniczej rozszerzający ich przywileje w zakresie przedłużania i wznowiania orzeczeń lekarskich 1. klasy, jeżeli spełniają wszystkie poniższe warunki:

- (a) posiadają ważny certyfikat lekarza orzecznika medycyny lotniczej;
- (b) przeprowadzili co najmniej 30 badań na potrzeby wydania, przedłużenia lub wznowienia orzeczeń lekarskich 2. klasy lub równoważnych w ciągu maksymalnie 3 lat przed złożeniem wniosku;
- (c) pomyślnie ukończyli zaawansowane szkolenie w zakresie medycyny lotniczej, w tym szkolenie praktyczne w zakresie metod badań i ocen lotniczo-lekarskich;
- (d) pomyślnie ukończyli trwające co najmniej 2 dni szkolenie praktyczne w centrum medycyny lotniczej albo pod nadzorem właściwego organu.

MED.D.020 Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

Rozporządzenie (UE) 2024/2076

- (a) Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej, o których mowa w pkt MED.D.010 lit. b) i pkt MED.D.015 lit. c), prowadzone są wyłącznie po uzyskaniu zatwierdzenia danego szkolenia przez właściwy organ państwa członkowskiego, w którym przeprowadzająca je organizacja szkoleniowa ma swoje główne miejsce prowadzenia działalności. W celu uzyskania takiego zatwierdzenia organizacja szkoleniowa wykazuje, że zakres szkolenia obejmuje cele nauczania ukierunkowane na osiągnięcie niezbędnych kompetencji oraz że osoby odpowiedzialne za prowadzenie szkolenia dysponują odpowiednią wiedzą i doświadczeniem.
- (aa) Właściwy organ może uwzględnić szkolenie w zakresie medycyny lotniczej ukończone przez wnioskodawcę poza terytoriami, za które państwa członkowskie są odpowiedzialne na mocy konwencji chicagowskiej w celu wykazania zgodności z pkt MED.D.010 lit. b) i MED.D.015 lit. c), o ile spełnione są następujące warunki:

- (i) właściwy organ ocenił i zweryfikował program nauczania zgodnie z pkt ARA.MED.200 lit. c) ppkt 1 załącznika VI;
 - (ii) wnioskodawca ukończył specjalny moduł szkoleniowy w zakresie wymagań lotniczo-lekarskich określonych w niniejszym załączniku (część MED), zgodnie z informacjami przekazanymi przez właściwy organ.
- (b) Z wyjątkiem przypadku szkolenia odświeżającego, szkolenia kończą się egzaminem pisemnym z zakresu zagadnień omawianych podczas szkolenia.
 - (c) Organizacja szkoleniowa wydaje uczestnikom szkolenia certyfikat jego pomyślnego ukończenia po zdaniu przez nich egzaminu.

AMC1 MED.D.020 Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

SZKOLENIE PODSTAWOWE

- (a) Szkolenie podstawowe dla lekarzy orzeczników medycyny lotniczej

Szkolenie podstawowe dla lekarzy orzeczników medycyny lotniczej powinno obejmować 60 godzin szkolenia teoretycznego i praktycznego, włącznie z nauką stosowania specjalistycznych technik badania.

- (b) Cele szkoleniowe dla nabycia niezbędnych kompetencji powinny obejmować wiedzę teoretyczną, zarządzanie ryzykiem oraz zasady podejmowania decyzji w przedstawionych poniżej dziedzinach. W stosownych przypadkach należy również uwzględnić demonstracje i umiejętności praktyczne.

- (1) Wstęp do medycyny lotniczej;
- (2) Podstawowa wiedza lotnicza;
- (3) Fizjologia lotnicza;
- (4) Układ sercowo-naczyniowy;
- (5) Układ oddechowy;
- (6) Układ trawienny;
- (7) Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy;
- (8) Hematologia;
- (9) Układ moczowo-płciowy;
- (10) Położnictwo i ginekologia;
- (11) Układ mięśniowo-szkieletowy;
- (12) Psychiatria;
- (13) Psychologia;
- (14) Neurologia;

- (15) Narząd wzroku i widzenie barw;
- (16) Otorinolaryngologia
- (17) Onkologia;
- (18) Incydenty i wypadki lotnicze, ewakuacja i zasady przetrwania;
- (19) Leki a latanie;
- (20) Prawodawstwo, zasady i przepisy;
- (21) Środowisko pracy personelu pokładowego;
- (22) Środowisko pracy podczas lotu; oraz
- (23) Medycyna kosmiczna.

AMC2 MED.D.020 Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

SZKOLENIE ZAAWANSOWANE

- (a) Szkolenie zaawansowane dla lekarzy orzeczników medycyny lotniczej

Szkolenie zaawansowane dla lekarzy orzeczników medycyny lotniczej powinno obejmować co najmniej 66 godzin szkolenia teoretycznego i praktycznego, włącznie z nauką stosowania specjalistycznych technik badania.

- (b) Cele szkoleniowe dla nabycia niezbędnych kompetencji powinny obejmować wiedzę teoretyczną, zarządzanie ryzykiem oraz zasady podejmowania decyzji w przedstawionych poniżej dziedzinach. W stosownych przypadkach należy również uwzględnić demonstracje i umiejętności praktyczne.

- (1) Środowisko pracy pilota;
- (2) Fizjologia lotnicza;
- (3) Medycyna kliniczna;
- (4) Układ sercowo-naczyniowy;
- (5) Neurologia;
- (6) Psychiatria/psychologia;
- (7) Narząd wzroku i widzenie barw;
- (8) Otolaryngologia;
- (9) Stomatologia;
- (10) Czynniki ludzkie w lotnictwie;
- (11) Incydenty i wypadki, ewakuacja i zasady przetrwania;

- (12) Medycyna tropikalna.
- (c) Szkolenie praktyczne w centrum medycyny lotniczej powinno być wykonywane pod kierownictwem i nadzorem dyrektora centrum medycyny lotniczej.
- (d) Po pozytywnym zakończeniu szkolenia praktycznego, powinien zostać wydany raport wykazanych kompetencji.

GM1 MED.D.020 Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

PODSTAWOWY KURS SZKOLENIOWY

- (a) Podstawowy kurs szkoleniowy z zakresu medycyny lotniczej – 60 godzin
 - (1) Wstęp do medycyny lotniczej – 2 godziny
 - (i) Historia medycyny lotniczej
 - (ii) Szczególne aspekty cywilnej medycyny lotniczej
 - (iii) Różne rodzaje lotów rekreacyjnych
 - (iv) Relacja lekarz orzecznik medycyny lotniczej - pilot
 - (v) Odpowiedzialność lekarza orzecznika medycyny lotniczej za bezpieczeństwo lotnicze
 - (vi) Techniki komunikacji i prowadzenia rozmów/wywiadów
 - (2) Podstawowa wiedza lotnicza – 2 godziny
 - (i) Mechanizmy lotu
 - (ii) Interfejs człowiek-maszyna, przetwarzanie informacji
 - (iii) Napęd
 - (iv) Konwencjonalne przyrządy, „glass cockpit”
 - (v) Latanie rekreacyjne
 - (vi) Doświadczenie na symulatorze/statku powietrznym
 - (3) Fizjologia lotnictwa – 9 godzin
 - (i) Atmosfera
 - (A) Człowiek – ograniczenia czynnościowe w locie
 - (B) Podział atmosfery
 - (C) Prawa gazowe – znaczenie fizjologiczne
 - (D) Fizjologiczne skutki dekompresji

- (ii) Oddychanie
 - (A) Wymiana gazowa we krwi
 - (B) Saturacja tlenem
- (iii) Objawy niedotlenienia
 - (A) Czas rezerwowy (TUC)
 - (B) Objawy hiperwentylacji
 - (C) Uraz ciśnieniowy (Barotrauma)
 - (D) Choroba dekompresyjna
- (iv) Przyspieszenie
 - (A) Kierunki działania przeciążeń
 - (B) Skutki i granice przeciążenia
 - (C) Metody zwiększania tolerancji Gz
 - (D) Przeciążenie dodatnie/ujemne
 - (E) Przyspieszenie a układ przedsionkowy
- (v) Dezorientacja wzrokowa
 - (A) Chmury skośne
 - (B) Światła naziemne i złudzenie punktu świetlnego, „stars confusion”
 - (C) Wizualna autokineza
- (vi) Dezorientacja przedsionkowa
 - (A) Anatomia ucha wewnętrznego
 - (B) Funkcja kanałów półkolistych
 - (C) Funkcja narządów otolitowych
 - (D) Iluzja okoruchowa i Coriolisa
 - (E) Złudzenie przechylenia
 - (F) Złudzenie przyspieszenia do przodu z „nosem do góry”
 - (G) Złudzenie zwolnienia z „nosem w dół”
 - (H) Choroba lokomocyjna – przyczyny i zapobieganie
- (vii) Hałas i wibracje

- (A) Środki zapobiegawcze
- (4) Układ sercowo-naczyniowy – 3 godziny
 - (i) Związek z lotnictwem; ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Procedury związane z badaniem: EKG, badania laboratoryjne i inne badania specjalne
 - (iii) Choroby układu sercowo-naczyniowego:
 - (A) Nadciśnienie, leczenie i ocena
 - (B) Choroba niedokrwienna serca
 - (C) Wyniki badania EKG
 - (D) Ocena zadowalającego powrotu do zdrowia po zawale mięśnia sercowego, procedury interwencyjne i chirurgiczne
 - (E) Kardiomiopatia; zapalenie osierdza; choroba reumatyczna serca; choroby zastawkowe
 - (F) Zaburzenia rytmu i przewodzenia, leczenie i ocena
 - (G) Wrodzona choroba serca: leczenie chirurgiczne, ocena
 - (H) Omdlenie sercowo-naczyniowe: pojedyncze i powtarzalne epizody

Tematy (5) do (11) włącznie oraz temat (17) – 10 godzin

- (5) Układ oddechowy
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Procedury związane z badaniem: spirometria, przepływ szczytowy, prześwietlenie rentgenowskie, inne badania
 - (iii) Choroby płuc: astma, przewlekła obturacyjna choroby płuc
 - (iv) Infekcje, gruźlica
 - (v) Rozedma, odma opłucnowa
 - (vi) Obturacyjny bezdech senny
 - (vii) Leczenie i ocena
- (6) Układ trawienny
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Badanie układu pokarmowego
 - (iii) Zaburzenia żołądkowo-jelitowe: zapalenie żołądka, choroba wrzodowa

- (iv) Zaburzenia dróg żółciowych
- (v) Zapalenie wątroby i zapalenie trzustki
- (vi) Choroby zapalne jelit, zespół jelita drażliwego
- (vii) Przepuklina
- (viii) Leczenie i ocena, w tym po zabiegach przewodu pokarmowego
- (7) Układ metaboliczny oraz wewnątrzwydzielniczy
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Zaburzenia endokrynologiczne
 - (iii) Cukrzyca typu 1 i 2
 - (A) Testy i kryteria diagnostyczne
 - (B) Leczenie przeciwcukrzycowe
 - (C) Aspekty operacyjne w lotnictwie
 - (D) Zadowalające kryteria kontroli dla lotnictwa
 - (iv) Nadczynność/niedoczynność tarczycy
 - (v) Zaburzenia przysadki mózgowej i nadnerczy
 - (vi) Leczenie i ocena
- (8) Hematologia
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Aspekty związane z oddawaniem krwi
 - (iii) Erytrocytoza; niedokrwistość; białaczka; chłoniak
 - (iv) Zaburzenia komórek sierpowatych
 - (v) Zaburzenia płytek krwi
 - (vi) Hemoglobinopatie; rozmieszczenie geograficzne; klasyfikacja
 - (vii) Leczenie i ocena
- (9) Układ moczowo-płciowy
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Działania, które należy podjąć po wykryciu nieprawidłowości podczas rutynowych analiz moczu, np. krwimocz; albuminuria
 - (iii) Zaburzenia układu moczowego:

- (A) Zapalenie nerek; odmiedniczkowe zapalenie nerek; uropatie obturacyjne
 - (B) Gruźlica
 - (C) Kamica: pojedynczy epizod; nawrót
 - (D) Nefrektomia, przeszczep, inne leczenie i ocena
- (10) Położnictwo i ginekologia
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Ciąża i lotnictwo
 - (iii) Zaburzenia, leczenie i ocena
- (11) Układ mięśniowo-szkieletowy
 - (i) Choroby kręgosłupa
 - (ii) Artropatie i artroprotezy
 - (iii) Piloci z upośledzeniem fizycznym
 - (iv) Leczenie układu mięśniowo-szkieletowego, ocena po kątem zdolności do latania
- (12) Psychiatria – 2 godziny
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Badanie psychiatryczne
 - (iii) Zaburzenia psychiczne: nerwica; zaburzenia osobowości; psychoza; organiczna choroba psychiczna
 - (iv) Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
 - (v) Leczenie, rehabilitacja i ocena
- (13) Psychologia – 2 godziny
 - (i) Wprowadzenie do psychologii w lotnictwie jako uzupełnienie oceny psychiatrycznej
 - (ii) Metody badania psychologicznego
 - (iii) Zachowanie i osobowość
 - (iv) Zarządzanie obciążeniem pracą i świadomość sytuacyjna
 - (v) Predyspozycje i motywacja do latania
 - (vi) Grupowe czynniki społeczne
 - (vii) Stres psychologiczny, radzenie sobie ze stresem, zmęczenie

- (viii) Funkcje psychomotoryczne a wiek
- (ix) Sprawność psychiczna i trening
- (14) Neurologia – 3 godziny
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko niezdolności do pracy
 - (ii) Procedury związane z badaniem
 - (iii) Zaburzenia neurologiczne
 - (A) Napady padaczkowe – ocena pojedynczego epizodu
 - (B) Padaczka
 - (C) Stwardnienie rozsiane
 - (D) Uraz głowy
 - (E) Stany pourazowe
 - (F) Choroby naczyniowe
 - (G) Guzy
 - (H) Zaburzenia świadomości – ocena pojedynczego i powtarzalnych epizodów
 - (iv) Choroby zwyrodnieniowe
 - (v) Zaburzenia snu
 - (vi) Leczenie i ocena
- (15) Narząd wzroku i widzenie barw – 4 godziny
 - (i) Anatomia oka
 - (ii) Związek z czynnościami lotniczymi
 - (iii) Techniki badania
 - (A) Ocena ostrości wzroku
 - (B) Pomoce wzrokowe
 - (C) Pola widzenia – dopuszczalne granice certyfikacji
 - (D) Równowaga mięśni oka
 - (E) Ocena patologicznych stanów oka
 - (F) Jaskra
 - (iv) Jednooczność i medyczny test sprawdzający w locie

- (v) Widzenie barw
- (vi) Metody badań: płytki Ishihary, testy widzenia barw na latarniach, badanie anomaloskopowe
- (vii) Znaczenie standaryzacji testów i protokołów z badań
- (viii) Ocena po operacji oka
- (16) Otorinolaryngologia – 3 godziny
 - (i) Anatomia układów
 - (ii) Badanie kliniczne w ORL
 - (iii) Funkcjonalne testy słuchu
 - (iv) Układ przedsionkowy; zawroty głowy, techniki badania
 - (v) Ocena po operacji laryngologicznej uszu, nosa i gardła (ENT)
 - (vi) Uraz ciśnieniowy ucha i zatoki
 - (vii) Schorzenia uszu, nosa i gardła w lotnictwie (ENT)
 - (viii) Wymagania w zakresie badań uszu, nosa i gardła (ENT)
- (17) Onkologia
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko przerzutów i niezdolności do pracy
 - (ii) Zarządzanie ryzykiem
 - (iii) Różne metody leczenia i oceny
- (18) Incydenty i wypadki lotnicze, ewakuacja i zasady przetrwania – 1 godzina
 - (i) Statystyki wypadków
 - (ii) Urazy
 - (iii) Patologia lotnicza, sekcja zwłok, identyfikacja
 - (iv) Ewakuacja statku powietrznego
 - (A) Pożar
 - (B) Wodowanie
 - (C) Skok ze spadochronem
- (19) Lekarstwa i latanie – 2 godziny
 - (i) Zagrożenia związane z lekami
 - (ii) Powszechne skutki uboczne; leki na receptę; leki bez recepty; leki ziołowe; terapie „alternatywne”

- (iii) Leki na zaburzenia snu
- (20) Prawodawstwo, zasady i przepisy
- (i) Normy i zalecane metody postępowania ICAO, przepisy europejskie (np. przepisy wykonawcze, AMC i GM)
 - (ii) Niezdolność do pracy: dopuszczalne ryzyko lotniczo-lekarskie związane z niezdolnością do pracy; rodzaje niezdolności do pracy; aspekty operacyjne
 - (iii) Podstawowe zasady oceny zdolności fizycznej i psychicznej dla lotnictwa
 - (iv) Warunki operacyjne i środowiskowe
 - (v) Wykorzystanie literatury medycznej w ocenie zdolności fizycznej i psychicznej; różnice pomiędzy populacjami badań naukowych a populacjami licencjonowanymi
 - (vi) Elastyczność w podejściu do ocen
 - (vii) Załącznik 1 do konwencji chicagowskiej, pkt 1.2.4.9
 - (viii) Uznane opinie lekarskie; uwzględnienie wiedzy, umiejętności i doświadczenia
 - (ix) Załogi przeszkolone kontra nieprzeszkolone; szkolenie związane z niezdolnością do pracy
 - (x) Medyczne testy sprawdzające w locie
- (21) Środowisko pracy personelu pokładowego – 1 godzina
- (i) Środowisko w kabinie, obciążenie pracą, czas pracy i odpoczynku, zarządzanie ryzykiem związanym ze zmęczeniem
 - (ii) Obowiązki personelu pokładowego w zakresie bezpieczeństwa i powiązane szkolenie
 - (iii) Rodzaje statków powietrznych i rodzaje operacji
 - (iv) Operacje w załodze jednoosobowej i wieloosobowej personelu pokładowego
- (22) Środowisko pracy podczas lotu
- (i) Higiena na pokładzie statku powietrznego: zaopatrzenie w wodę, dostarczanie tlenu, usuwanie odpadów, czyszczenie, dezynfekcja i dezynsekcja
 - (ii) Catering
 - (iii) Wyżywienie dla załogi
 - (iv) Statek powietrzny i przenoszenie chorób – 1 godzina

- (23) Medycyna kosmiczna – 1 godzina
 - (i) Mikrograwitacja i metabolizm, nauki przyrodnicze
- (24) Praktyczne wykazanie się podstawową wiedzą lotniczą – 8 godzin
- (25) Elementy końcowe – 2 godziny
 - (i) Egzamin końcowy
 - (ii) Omówienie końcowe i ocena kursu.

GM2 MED.D.020 Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

SKOLENIE ZAAWANSOWANE

- (a) Zaawansowane szkolenie z zakresu medycyny lotniczej – 66 godzin
 - (1) Środowisko pracy pilota – 6 godzin
 - (i) Przedział załogi lotniczej komercyjnego statku powietrznego
 - (ii) Służbowe odrzutowce, loty lokalne, loty cargo
 - (iii) Profesjonalne operacje lotnicze
 - (iv) Stałopłat i śmigłowiec, operacje specjalistyczne, w tym prace lotnicze
 - (v) Kontrola ruchu lotniczego
 - (vi) Załoga jednoosobowa/wielooosobowa
 - (vii) Narażenie na promieniowanie i inne szkodliwe czynniki
 - (2) Fizjologia lotnicza – 4 godziny
 - (i) Krótki przegląd podstaw fizjologii (niedotlenienie, nagła/powolna dekompresja, hiperwentylacja, przeciążenie, katapultowanie, dezorientacja przestrzenna)
 - (ii) Choroba symulatorowa
 - (3) Medycyna kliniczna – 5 godzin
 - (i) Pełne badanie fizykalne
 - (ii) Przegląd podstawowych zagadnień związanych operacjami komercyjnymi
 - (iii) Wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich 1. klasy
 - (iv) Przypadki kliniczne
 - (v) Techniki komunikacji i prowadzenia rozmów/wywiadów

- (4) Układ sercowo-naczyniowy – 4 godziny
 - (i) Badanie układu sercowo-naczyniowego i przegląd podstawowych zagadnień
 - (ii) Wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich 1. klasy
 - (iii) Etapy diagnostyczne w układzie sercowo-naczyniowym
 - (iv) Przypadki kliniczne
- (5) Neurologia – 3 godziny
 - (i) Krótki przegląd podstawowych zagadnień (badanie neurologiczne i psychiatryczne)
 - (ii) Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
 - (iii) Wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich 1. klasy
 - (iv) Przypadki kliniczne
- (6) Psychiatria/psychologia – 5 godzin
 - (i) Krótki przegląd podstawowych zagadnień (techniki oceny psychiatrycznej/psychologicznej)
 - (ii) Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
 - (iii) Wymagania w zakresie orzeczeń lekarskich 1. klasy
 - (iv) Przypadki kliniczne
- (7) Narząd wzroku i widzenie barw – 5 godzin
 - (i) Krótki przegląd podstawowych zagadnień (ostrość widzenia, refrakcja, widzenie barw, pola widzenia, widzenie w nocy, stereopsja, jednooczność)
 - (ii) Wymagania wzrokowe w zakresie orzeczeń lekarskich 1. klasy
 - (iii) Negatywny wpływ refrakcji i innych operacji oka
 - (iv) Przypadki kliniczne
- (8) Otorinolaryngologia – 4 godziny
 - (i) Krótki przegląd podstawowych zagadnień (uraz ciśnieniowy - uszy i zatoki, funkcjonalne testy słuchu)
 - (ii) Hałas i jego zapobieganie
 - (iii) Wibracje, kinetoza
 - (iv) Wymagania słuchowe w zakresie orzeczeń lekarskich 1. klasy
 - (v) Przypadki kliniczne

- (9) Stomatologia – 2 godziny
 - (i) Badanie jamy ustnej, w tym formuła stomatologiczna
 - (ii) Jama ustna, zaburzenia dentystyczne i leczenie, w tym implanty, wypełnienia, protezy, itp.
 - (iii) Aerodontalgia
 - (iv) Przypadki kliniczne
- (10) Czynniki ludzkie w lotnictwie, w tym 8 godzin pokazu i 22 godziny zajęć praktycznych
 - (i) Loty długodystansowe
 - (A) Ograniczenia czasu lotu
 - (B) Zaburzenia snu
 - (C) Rozszerzona/powiększona załoga
 - (D) Zespół nagłej zmiany strefy czasowej (ang. *jet lag*)/strefy czasowe
 - (ii) Przetwarzanie informacji przez człowieka i projektowanie systemu
 - (A) System zarządzania lotem (FMS), podstawowy wyświetlacz lotu (PFD), łącze transmisji danych, elektroniczny system sterowania lotem (ang. *fly by wire*)
 - (B) Dostosowanie do szklanego kokpitu
 - (C) Koncepcja koordynacji działań załogi (CCC), Zarządzanie zasobami załogi (CRM), Szkolenie w locie liniowym (LOFT), itp.
 - (D) Praktyczne szkolenie na symulatorze
 - (E) Ergonomia
 - (iii) Wspólność załogi
 - (A) Wykonywanie lotu w ramach tego samego uprawnienia na typ, np. A-318, A-319, A-320, A-321
 - (iv) Czynniki ludzkie w incydentach i wypadkach lotniczych
 - (v) Strategie bezpieczeństwa lotów w lotnictwie komercyjnym
 - (vi) Strach przed lataniem i odmowa latania
 - (vii) Psychologiczne kryteria selekcji
 - (viii) Wymagania operacyjne (ograniczenie czasu lotu, zarządzanie ryzykiem związanym ze zmęczeniem, itp.)
- (11) Incydenty i wypadki, ewakuacja i zasady przetrwania – 2 godziny

- (i) Statystyki wypadków lotniczych
 - (ii) Rodzaje obrażeń
 - (iii) Patologia lotnicza, sekcja zwłok dotycząca wypadków lotniczych, identyfikacja
 - (iv) Ratownictwo i ewakuacja w sytuacjach awaryjnych
- (12) Medycyna tropikalna – 2 godziny
- (i) Endemiczność chorób tropikalnych
 - (ii) Choroby zakaźne (choroby zakaźne, choroby przenoszone drogą płciową, HIV, itp.)
 - (iii) Szczepienie załogi lotniczej i pasażerów
 - (iv) Choroby wektorowe przenoszone przez nosicieli
 - (v) Choroby spowodowane przyjmowaniem pokarmów i wody
 - (vi) Choroby pasożytnicze
 - (vii) Międzynarodowe przepisy zdrowotne
 - (viii) Higiena osobista personelu lotniczego
- (13) Elementy końcowe – 2 godziny
- (i) Egzamin końcowy
 - (ii) Omówienie końcowe i ocena kursu.

GM3 MED.D.020 Szkolenia z zakresu medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

WARUNKI OGÓLNE

(a) Zasady szkolenia:

W celu zdobycia wiedzy i umiejętności do prowadzenia badań i ocen lotniczo-lekarskich, szkolenie powinno być realizowane:

- (1) w oparciu o przepisy;
- (2) w oparciu o ogólne umiejętności kliniczne i wiedzę niezbędną do prowadzenia odpowiednich badań na różne typy/klasy orzeczeń lekarskich;
- (3) w oparciu o wiedzę na temat różnych ocen ryzyka wymaganych dla różnych typów/klas orzeczeń lekarskich;
- (4) w oparciu o zrozumienie granic kompetencji decyzyjnych lekarza orzecznika medycyny lotniczej w ocenie krytycznych dla bezpieczeństwa schorzeń w zakresie sytuacji wymagających odroczenia i odmowy;

- (5) w oparciu o wiedzę o środowisku lotniczym; oraz
 - (6) na przykładzie przypadków klinicznych i pokazów praktycznych.
- (b) Wyniki szkolenia:
- Osoba szkolona powinna wykazać się dogłębnym zrozumieniem:
- (1) procesu badania i oceny lotniczo-lekarskiej, w tym następujących elementów:
 - (i) zasady, wymagania i metody;
 - (ii) zdolność do badania wszystkich aspektów klinicznych, które stanowią ryzyko lotniczo-lekarskie, zasadność wykorzystania dodatkowych badań;
 - (iii) rola w ocenie zdolności pilota lub członka personelu pokładowego do bezpiecznego wykonywania swoich obowiązków w szczególnych przypadkach, takich jak medyczny test sprawdzający w locie;
 - (iv) podejmowanie decyzji dotyczących medycyny lotniczej w oparciu o zarządzanie ryzykiem;
 - (v) zachowanie tajemnicy lekarskiej; oraz
 - (vi) prawidłowe stosowanie odpowiednich formularzy oraz zgłaszanie i przechowywanie informacji;
 - (2) warunki, na jakich piloci i personel pokładowy wykonują swoje obowiązki; oraz
 - (3) zasady medycyny prewencyjnej, w tym porady lotniczo-lekarskie w celu zapobiegania ograniczeniom w przyszłości.
- (c) W programach szkolenia odświeżającego należy również wziąć pod uwagę zasady i wyniki szkolenia określone w lit. (a) i (b).

MED.D.025 Zmiany w ramach certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej

Rozporządzenie (UE) 2019/27

- (a) Posiadacze certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej bez zbędnej zwłoki powiadamiają właściwy organ o następujących okolicznościach mogących mieć wpływ na ich certyfikat lekarza orzecznika medycyny lotniczej:
- (1) wobec lekarza orzecznika medycyny lotniczej toczy się postępowanie dyscyplinarne lub wyjaśniające prowadzone przez lekarski organ kontrolny;
 - (2) w zakresie warunków, na których certyfikat został przyznany, zaszły zmiany, w tym zmiany w treści oświadczeń dołączonych do wniosku;
 - (3) wymagania związane z wydaniem certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej nie są już spełniane;

- (4) nastąpiła zmiana miejsca prowadzenia praktyki lub adresu do celów korespondencji lekarza orzecznika medycyny lotniczej.
- (b) Niedopełnienie obowiązku powiadomienia właściwego organu zgodnie z lit. a) skutkuje zawieszeniem lub cofnięciem certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej zgodnie z pkt ARA.MED.250 załącznika II (część ARA).

MED.D.030 Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Certyfikat lekarza orzecznika medycyny lotniczej zachowuje ważność przez okres 3 lat, chyba że właściwy organ postanowi ograniczyć ten okres z należycie uzasadnionych powodów związanych z danym indywidualnym przypadkiem.

Na wniosek posiadacza certyfikat:

- (a) jest przedłużany, pod warunkiem że posiadacz:
 - (1) nadal spełnia ogólne warunki prowadzenia praktyki lekarskiej i nadal posiada prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - (2) przeszedł szkolenie odświeżające z zakresu medycyny lotniczej w ciągu ostatnich 3 lat;
 - (3) co roku przeprowadzał co najmniej 10 badań lotniczo-lekarskich lub równoważnych;
 - (4) nadal przestrzega warunków wydanego mu certyfikatu;
 - (5) korzysta z przywilejów zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszym załączniku (część MED);
 - (6) wykazał, że nadal posiada kompetencje lotniczo-lekarskie, zgodnie z procedurą ustanowioną przez właściwy organ;
- (b) jest wznowiany, pod warunkiem że posiadacz spełnia wymagania dotyczące przedłużenia określone w lit. a) albo wszystkie wymienione poniżej wymagania:
 - (1) nadal spełnia ogólne warunki prowadzenia praktyki lekarskiej i nadal posiada prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - (2) przeszedł szkolenie odświeżające z zakresu medycyny lotniczej w ciągu ostatniego roku;
 - (3) pomyślnie ukończył w ciągu ostatniego roku szkolenie praktyczne w centrum medycyny lotniczej albo pod nadzorem właściwego organu;
 - (4) nadal spełnia wymagania określone w pkt MED.D.010;
 - (5) wykazał, że nadal posiada kompetencje lotniczo-lekarskie, zgodnie z procedurą ustanowioną przez właściwy organ.

AMC1 MED.D.030 Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

SZKOLENIE ODŚWIEŻAJĄCE

- (a) Obowiązkiem lekarza orzecznika medycyny lotniczej jest stałe utrzymywanie i doskonalenie swoich kompetencji.
- (b) W okresie ważności certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej, powinien on/ona uczestniczyć w co najmniej 20 godzinach szkolenia odświeżającego.
- (c) Lekarz orzecznik medycyny lotniczej posiadający możliwość wydawania orzeczeń lekarskich 1 klasy powinien uczestniczyć w co najmniej 10 godzinach szkolenia odświeżającego rocznie.
- (d) Proporcjonalna liczba godzin szkolenia odświeżającego powinna być zapewniona lub przeprowadzona w ramach bezpośredniego nadzoru właściwego organu lub konsultanta medycznego.
- (e) Programy nauczania dla godzin szkolenia odświeżającego, o których mowa w lit. (c), powinny być ustalane przez właściwy organ w oparciu o przeprowadzone oceny ryzyka.
- (f) Uczestnictwo w zebraniach naukowych i kongresach oraz posiadane doświadczenie w kabinie załogi mogą zostać zaliczone przez właściwy organ w formie określonej liczby godzin na rzecz obowiązków związanych z koniecznością odbycia szkolenia przez lekarza orzecznika medycyny lotniczej, pod warunkiem, że właściwy organ ocenił je wcześniej jako właściwe dla celów zaliczenia.
- (g) W przypadku wznowienia certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej, szkolenie praktyczne powinno obejmować co najmniej 10 ocen lotniczo-lekarskich, zgodnie z rodzajem wnioskowanego certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej.

GM1 MED.D.030 Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

SZKOLENIE ODŚWIEŻAJĄCE

- (a) Program godzinowy szkolenia odświeżającego, powinien być prowadzony w ramach bezpośredniego nadzoru właściwego organu lub konsultanta medycznego i powinien uwzględniać między innymi takie przedmioty, jak:
 - (1) Psychiatria
 - (i) Związek z lotnictwem, ryzyko wystąpienia nagłej niedyspozycji w locie;
 - (ii) Badanie psychiatryczne;
 - (iii) Zaburzenia psychiczne: nerwica, zaburzenia osobowości, psychoza, zaburzenia psychiczne choroba;

- (iv) Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych; oraz
- (v) Leczenie, rehabilitacja i ocena.

(2) Psychologia

- (i) Wprowadzenie do psychologii w lotnictwie jako uzupełnienie oceny psychiatrycznej;
- (ii) Metody badania psychologicznego;
- (iii) Zachowanie i osobowość;
- (iv) Zarządzanie obciążeniem i świadomość sytuacyjna;
- (v) Motywacja i przydatność lotu;
- (vi) Grupowe czynniki społeczne;
- (vii) Stres psychologiczny, radzenie sobie ze stresem, zmęczenie;
- (viii) Funkcje psychomotoryczne i wiek; oraz
- (ix) Sprawność psychiczna i trening.

(3) Techniki komunikacji i wywiadów

- (b) Spotkania naukowe, kongresy lub zdobywanie doświadczenia na pokładzie załogi lotniczej, które mogą zostać zaliczone przez właściwy organ:

Doroczny Kongres Międzynarodowej Akademii Medycyny Lotniczej i Kosmicznej (ICASM)	10 godzin zaliczenia
Europejska Konferencja Medycyny Kosmicznej (ECAM)	10 godzin zaliczenia
Doroczne spotkania naukowe <i>Aerospace Medical Association (AsMA)</i>	10 godzin zaliczenia
Inne spotkania naukowe (minimum 6 godzin pod bezpośrednim nadzorem konsultanta medycznego właściwego organu)	10 godzin zaliczenia

Doświadczenie w kabinie załogi lotniczej (maksymalnie 5 godzin kredytu za 3 lata):

- (i) *Jump seat* (składane krzesło w samolocie, na którym siedzą członkowie personelu pokładowego) 5 sektorów – 1 godzina zaliczenia
- (ii) Symulator 4 godziny – 1 godzina zaliczenia

(iii) Pilotowanie statku powietrznego

4 godziny – 1 godzina
zaliczenia

- (c) Lekarz orzecznik medycyny lotniczej posiadający uprawnienia do przedłużania/wznawiania orzeczeń lekarskich 1. klasy powinien uczestniczyć w międzynarodowym spotkaniach naukowych lub kongresach medycznych w regularnych odstępach czasowych.
- (d) Badania lotniczo-lekarskie pilotów wojskowych można uznać za równoważne zgodnie z MED.D.030(a)(3), z zastrzeżeniem zatwierdzenia przez konsultanta medycznego właściwego organu.

GM2 MED.D.030 Ważność certyfikatów lekarza orzecznika medycyny lotniczej

Decyzja ED 2019/002/R

GRUPY WZAJEMNEGO WSPARCIA LEKARZY ORZECZNIKÓW MEDYCYNY LOTNICZEJ

- (a) Właściwy organ powinien promować lepsze wyniki lekarzy orzeczników medycyny lotniczej, wspierając utworzenie grup wzajemnego wsparcia lekarzy orzeczników medycyny lotniczej, które mogłyby zapewnić zarówno profesjonalne wsparcie, jak i wzmocnienie edukacyjne.
- (b) Udział w spotkaniach grupy wzajemnego wsparcia lekarzy orzeczników medycyny lotniczej może być uznany przez właściwy organ za szkolenie odświeżające. Właściwy organ powinien określić maksymalną liczbę godzin, która może zostać zaliczona jako szkolenie odświeżające w okresie ważności certyfikatu.
- (c) Grupy wzajemnego wsparcia lekarzy orzeczników medycyny lotniczej mogą zostać ustanowione jako część lub uzupełnienie krajowych stowarzyszeń medycyny lotniczej.

SEKCJA 2 – Lekarze medycyny ogólnej

MED.D.035 Wymagania w odniesieniu do lekarzy medycyny ogólnej

Rozporządzenie (UE) 2019/27

Lekarze medycyny ogólnej mogą pełnić funkcję lekarzy orzeczników medycyny lotniczej w zakresie wydawania orzeczeń lekarskich na potrzeby LAPL, jeżeli spełniają wszystkie poniższe warunki:

- (a) prowadzą działalność w państwie członkowskim, w którym dysponują dostępem do pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej wnioskodawców;
- (b) prowadzą działalność zgodnie z wszelkimi dodatkowymi wymaganiami ustanowionymi w przepisach prawa krajowego państwa członkowskiego ich właściwego organu;
- (c) posiadają pełne kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami prawa krajowego państwa członkowskiego ich właściwego organu;
- (d) przed rozpoczęciem takiej działalności powiadomili o niej właściwy organ.

SEKCJA 3 – Lekarze medycyny pracy

MED.D.040 Wymagania w odniesieniu do lekarzy medycyny pracy

Rozporządzenie (UE) 2019/27

W państwach członkowskich, w których właściwy organ uzyskał pewność, że wymagania krajowego systemu opieki zdrowotnej mające zastosowanie do lekarzy medycyny pracy są odpowiednie do zapewnienia spełniania wymagań określonych w niniejszym załączniku (część MED) dotyczących lekarzy medycyny pracy, lekarze medycyny pracy mogą przeprowadzać oceny lotniczo-lekarskie personelu pokładowego, pod warunkiem że:

- (a) posiadają pełne kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu lekarza, a także kwalifikacje w zakresie medycyny pracy;
- (b) środowisko pracy personelu pokładowego podczas lotu i ciążące na takim personelu obowiązki z zakresu bezpieczeństwa wchodziły w zakres szkolenia, jakie przeszli oni w celu uzyskania kwalifikacji w zakresie medycyny pracy bądź w zakres innego szkolenia lub doświadczenia operacyjnego;
- (c) przed rozpoczęciem takiej działalności powiadomili o niej właściwy organ.