



AKIL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME FORMU MENTAL HEALTH EVALUATION FORM



TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE

Soyadı, Surname:		Lisans Tipi ve Numarası, License Type and No:	
Adı, Fornames:		Muayene Tarihi, Examination Date:	
Doğum Tarihi, Date of Birth:		Uyruğu, Nationality:	
Eposta, Email:		Tel. No.:	
Havacılık Tıp Merkezi, AeMC:		Görevi:	
Başvuru, Application:	Cinsiyet, Sex:	Başvurulan Sağlık Sertifika Sınıfı, Medical Certificate Applied For:	İşveren, Employer:

Ruh sağlığı değerlendirmesi, değerlendirme ve belgelendirmeyi içermelidir (eğer cevap ANORMAL ise formun arka sayfasına aşağıdaki sorgu numarası ile açıklama giriniz) The mental health assessment should include assessment and documentation of (if the answer is ABNORMAL please write comment to the back of the form with reference no below)	Normal Normal	Anormal Abnormal
1. Kendisinin yada diğer uçuş personelde zihinsel sağlığın düşüşüne dair olası göstergelerinin anlaşılması dahil zihinsel sağlığa yönelik genel tutum General attitudes to mental health, including understanding possible indications of reduced mental health in themselves and others	☐	☐
2. Geçmişte yaşanan psikolojik stres yada baskılara karşı, başkalarından tavsiye almak da dahil, baş etme stratejilerinin kullanımı Coping strategies under periods of psychological stress or pressure in the past, including seeking advice from others	☐	☐
3. Çocukluk çağı davranış problemleri Childhood behavioural problems	☐	☐
4. Kişilerarası ve ilişki sorunları Interpersonal and relationship issues	☐	☐
5. Mevcut iş ve yaşam stresleri Current work and life stressors	☐	☐
6. Açık kişilik bozuklukları Overt personality disorders	☐	☐
7. Operasyonel ekip kaynak yönetimi ile ilgili zorluk Any difficulties with operational crew resource management	☐	☐
8. Çalışanlar ve / veya diğer mesai arkadaşları ve yöneticileri ile zorluk Any difficulties with employer and/or other colleagues and managers	☐	☐
9. Akrabalar, arkadaşlar ve iş arkadaşları ile ilgili zorluklar dahil kişilerarası ve ilişki sorunları. Interpersonal and relationship issues, including difficulties with relatives, friends, and work colleagues.	☐	☐
Endişenin belirtileri bunlarla sınırlı olmamak üzere şunları içerir (eğer cevap EVET ise formun arka sayfasına sorgu numarası ile açıklama giriniz) Symptoms of concern may include but are not limited to (if the answer is YES please write comment to the back of the form with reference no)	Evet Yes	Hayır No
10. Alkol veya diğer psikoaktif maddelerin kullanımı Use of alcohol or other psychoactive substances	☐	☐
11. İlgil / Enerji kaybı Loss of interest/energy	☐	☐
12. Yeme ve kilo değişiklikleri Eating and weight changes	☐	☐
13. Uyku Problemleri Sleeping problems	☐	☐
14. Moral bozukluğu ve eğer varsa intihar düşünceleri Low mood and, if present, any suicidal thoughts	☐	☐
15. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, özellikle intihar Family history of psychiatric disorders, particularly suicide	☐	☐
16. Öfke, ajitasyon veya yüksek ruh hali Anger, agitation or high mood	☐	☐
17. Depersonalizasyon ve kontrol kaybı Depersonalisation or loss of control	☐	☐
Ruh sağlığı muayenesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır; The following aspects should be taken into consideration when conducting the mental health examination;		
Görünüm; Appearance;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Tutum; Attitude;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Davranış; Behaviour;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Ruh Hali; Mood;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Konuşma; Speech;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Düşünce süreci ve içeriği; Thoughts process and content;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Algı; Perception;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Biliş; Cognition;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Kavrama; Insight;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal
Yargılama; Judgement;	☐ Normal Normal	☐ Anormal Abnormal

Uzman Görüşü ve Tavsiye; Specialist opinion and advice;		
Yer ve tarih / Place and date:	Psikiyatri Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük harflerle) / Psychiatry Specialist name and address: (Block Capitals)	Psikiyatri Uzmanının imzası, kaşesi ve No Psychiatry Specialist specialist stamp with No.:
AME, Yetkili Tabip imzası / AME signature:	E-posta / E-mail: Telefon No / Telephone No: Faks No / Telefax No:	

AKIL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME FORMU / MENTAL HEALTH EVALUATION FORM

Doküman No: SHGM.UOD.20281427.FR.52

Yürürlük Tarihi: 06.05.2019

Revizyon No/ Tarihi: 01 – 03.03.2023