

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

Pour remplir cette page, utiliser des lettres majuscules – Pour plus de détails consulter la page d’instructions.

SECRET MEDICAL

(1) Pays membre JAA émetteur de la licence :		(2) Classe du certificat médical sollicité		1 ()	2 ()	3 ()	Autres ()
(3) Nom :		(4) Nom(s) antérieur(s) :		(12) Demande pour examen : Initial () Renouvellement / Revalidation ()			
(5) Prénoms :		(6) Date de naissance :	(7) Sexe Masc. () Fém. ()	(13) Numéro de référence :			
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :		(14) Type de licence / autorisation désirée :			
(10) Adresse permanente :		(11) Adresse postale (si différente) :		(15) Profession (principale) :			
Pays :		Pays :		(16) Employeur :			
N° de téléphone :		N° de téléphone :		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :			
(18) Licence ou autorisation détenue (type)		Numéro de licence		Pays émetteur		(19) Limitation ou dérogation sur la licence / autorisation ou le certificat médical Non () Oui () Détails :	
(20) Avez-vous eu un refus, une suspension ou un retrait de certificat médical aéronautique, de la part d’un service de licence ? Non () Oui () Date : Détails :		Pays :		(21) Nombre total d’heures de vol :		(22) Nombre d’heures de vol depuis le dernier examen médical :	
				(23) Type d’avion actuellement utilisé :			
(24) Accident ou incident de vol depuis le dernier examen médical : Non () Oui () Date : Détails :		Pays :		(25) Type de vol envisagé :			
				(26) Présente activité aérienne : () Pilote seul () Equipage multi-pilotes			
(27) Alcool – Consommation hebdomadaire moyenne :		(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? Non () Oui () Nature et dose du médicament / début de l’utilisation / motif :					
(29) Etes-vous fumeur ? Jamais () Plus depuis : Oui () Genre de tabac et quantité :							

Antécédents généraux et médicaux : Présentez-vous ou avez-vous des antécédents d’une des maladies suivantes ? A chaque question répondez en cochant OUI ou NON. Détaillez dans la rubrique « Remarques ».

OUI		NON		OUI		NON		Uniquement pour les femmes		OUI		NON			
101	Maladie ou opération oculaire			112	Affection de la gorge, du nez, élocution			123	Malaria ou autres maladies tropicales			150	Problèmes gynécologiques ou menstruels		
102	Port actuel ou antérieur de lunettes et/ou de verres de contact			113	Traumatisme crânien ou commotion			124	Test HIV positif			151	Etes-vous enceinte ?		
103	Modification dans la prescription de lunettes/verres de contact depuis le dernier examen			114	Maux de tête fréquents ou graves			125	Maladie sexuellement transmissible			Antécédents familiaux			
104	Allergie ou rhume des foies			115	Accès de vertiges / évanouissements			126	Hospitalisation			170	Affection cardiaque		
105	Asthme ou maladie pulmonaire			116	Perte de conscience quel qu’en soit le motif			127	Toute autre maladie ou blessure			171	Hypertension artérielle		
106	Maladie du coeur ou vaisseaux			117	Affection neurologique : épilepsie, convulsion, paralysie, etc.			128	Le recours au médecin depuis le dernier examen médical			172	Taux élevé de cholestérol		
107	Tension artérielle élevée ou basse			118	Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.			129	Assurance-vie refusée			173	Epilepsie		
108	Calcul rénal ou sang dans les urines			119	Traitement pour abus d’alcool ou de drogue			130	Refus de licence / autorisation			174	Maladie mentale		
109	Diabète ou affection hormonale			120	Tentative de suicide			131	Non admission au service militaire ou réforme pour motif médical			175	Diabète sucré		
110	Affection gastro-intestinale ou hépatique			121	Mal des transports nécessitant médication			132	Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie			176	Tuberculose		
111	Surdité ou maladie des oreilles			122	Anémie, trait drépanocytaire							177	Allergie, asthme, eczéma		
												178	Maladie héréditaire		
												179	Glaucome		

(30) **Remarques :** Si des mentions ont été communiquées antérieurement au médecin-examineur présent et si aucun changement n’est survenu depuis lors, veuillez l’indiquer.

(31) Déclaration : Je certifie par la présente que j’ai porté toute mon attention aux déclarations faites ci-dessus, qu’en conscience elles sont complètes et correctes, que je n’ai pas omis de renseignements importants ou fait des déclarations erronées. J’admets que si j’ai fait une déclaration fautive ou fallacieuse concernant cette demande ou si je m’abstiens de fournir l’information médicale à l’appui de ma demande, la SMA peut refuser de m’accorder le certificat médical ou peut retirer tout certificat médical qui m’aurait été accordé sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT A LA DELIVRANCE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : Par la présente, j’autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses pièces à la SMA et, si besoin, à la SMA d’un autre Etat, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de la SMA à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément au droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps. Mon attention est attirée sur le fait que certains Etats non-membres de l’Union européenne peuvent ne pas garantir un niveau de protection adéquat des données personnelles.		Examination date	
		AME Number	
		AMS supervision	
		A	
B			
Date :	Signature du demandeur	Signature du MEA(témoin)	

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Ce formulaire, tous les documents et rapports s'y rattachant sont prescrits conformément aux instructions de l'OACI et seront transmis à la Section de Médecine Aéronautique. Le secret médical doit être en tout temps respecté.

Le demandeur doit répondre personnellement et complètement à toutes les questions (cases) du formulaire. Il doit le faire en utilisant des lettres majuscules. L'écriture doit être lisible. Un stylo à bille sera employé. Exercez une pression suffisante pour que les copies soient lisibles. Si un complément d'espace est nécessaire pour répondre à une question, utilisez une feuille blanche qui recueillera l'information et que vous signerez et dateriez. Les instructions numérotées ci-après se rapportent aux rubriques numérotées du formulaire de demande.

REMARQUE : Si ce formulaire n'est pas complètement rempli ou n'est pas rédigé d'une manière lisible, il en résultera un refus du formulaire. Des déclarations fausses ou trompeuses ou la dissimulation de renseignements demandés dans ce formulaire peuvent aboutir à des poursuites pénales, au rejet de la demande et/ou au retrait des certificats médicaux accordés.

<p>1. Pays JAA où ce formulaire doit être adressé : Énoncez le nom de l'Etat ou Pays où ce formulaire doit être envoyé.</p>	<p>17. Dernier examen médical : Énoncez la date (jour, mois, année) et le lieu (ville, pays). Ceux qui sont candidat pour la 1^{ère} fois répondent « Aucune ».</p>
<p>2. Classe de certificat médical : Cochez la case appropriée. Classe 1 : pilote professionnel, pilote de ligne Classe 2 : pilote privé Classe 3 : pilote ULM / ballon libre Autres : autres emplois, par ex. : contrôleur aérien</p>	<p>18. Licence d'aviation détenue : Énoncez le type de licence détenue comme vous avez répondu à la question 14. Citez le numéro de la licence et le pays qui a émis chaque licence. Si aucune licence n'est détenue répondez « Aucune ».</p>
<p>3. Nom : Énoncez le nom de famille.</p>	<p>19. Limitations et dérogations mentionnées sur la licence ou sur le certificat médical : Cochez la case appropriée et donnez les détails sur les limitations et dérogations attachées à vos licences et vos certificats médicaux, par ex. : vision, vision des couleurs, pilote de sécurité, etc.</p>
<p>4. Nom(s) antérieur(s) : Si vous avez changé de nom, pour quelque raison que se soit, indiquez votre nom antérieur.</p>	<p>20. Refus ou annulation de certificat médical : Cochez la case OUI s'il vous est arrivé d'avoir un certificat médical refusé ou annulé, même à titre temporaire. Si OUI indiquez la date et le pays concerné.</p>
<p>5. Prénoms : Portez le premier prénom et les suivants (trois au plus).</p>	<p>21. Nombre total d'heures de vol : Marquez le total des heures de vol que vous avez effectuées.</p>
<p>6. Date de naissance : Jour, mois, année en chiffres, par ex. : 22.03.50</p>	<p>22. Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : Portez le nombre d'heures de vol effectuées depuis votre dernier examen médical.</p>
<p>7. Sexe : Cochez la case appropriée.</p>	<p>23. Type d'avion actuellement utilisé : Portez le nom de l'aéronef utilisé principalement, par ex. : Boeing 737, Cessna 150, etc.</p>
<p>8. Lieu et pays de naissance : Énoncez le lieu et le pays de naissance.</p>	<p>24. Accident ou incident de vol : Si OUI, cochez la case et notez la date (jour, mois, année) et le pays où a eu lieu l'accident ou incident.</p>
<p>9. Nationalité : Nom de l'Etat dont vous êtes citoyen.</p>	<p>25. Type de vol envisagé : Notez : avion de ligne, charter, agriculture, vol privé ou autres.</p>
<p>10. Adresse permanente : Adresse permanente, y compris le pays et le numéro de téléphone avec ses préfixes.</p>	<p>26. Présente activité aérienne : Cochez la case correspondante selon que vous voliez en solo ou non.</p>
<p>11. Adresse postale : Si elle est différente de l'adresse permanente, portez l'adresse postale complète, y compris le numéro de téléphone et ses préfixes. Si c'est la même adresse que l'adresse permanente indiquez IDEM.</p>	<p>27. Alcool : Notez votre consommation hebdomadaire, par ex. : 2 litres de bière.</p>
<p>12. Demande : Cochez la case correspondante.</p>	<p>28. Faites-vous habituellement usage de médicaments ? : Si OUI, précisez en détail le nom, la dose, la périodicité, etc. La réponse doit aussi comprendre les médicaments non prescrits.</p>
<p>13. Numéro de référence : Indiquez le numéro de référence qui vous a été donné par votre Autorité Nationale de l'Aviation. Pour les demandeurs à l'admission portez "Aucun".</p>	<p>29. Etes-vous fumeur ? : Cochez la case correspondante. Les fumeurs indiqueront cigare, cigarette ou pipe et la quantité (par ex. : 2 cigares par jour, 50 gr. de tabac par semaine).</p>
<p>14. Type de licence désiré : Indiquez le type de licence désirée à partir de la liste suivante : Licence de pilote d'avion de ligne. Licence de pilote professionnel. Licence de pilote professionnel avec qualification vol aux instruments. Licence de pilote privé. Licence de pilote privé avec qualification vol aux instruments. Voilure fixe, voilure tournante ou les deux. Elève pilote. Autres (précisez).</p>	<p>30. Antécédents généraux et médicaux : Répondre OUI ou NON en cochant la case de toutes les questions posées de 101 à 133 inclus. Vous devez répondre OUI si vous avez été dans cette situation au cours de votre vie, la décrire et en noter la date approximative dans la case 30. Si l'examen médical de revalidation a lieu chez le même médecin examinateur que précédemment, cochez uniquement les cases relatives aux nouveaux événements médicaux/chirurgicaux/ophtalmologiques ou autres changements depuis votre dernier examen. Si « pas de changement » indiquez le dans la case 30. Toutes les questions posées sont médicalement importantes même si cela ne vous paraît pas évident. Les questions 170 à 179 correspondent aux antécédents familiaux tandis que celles de 150 à 151 doivent être remplies par les femmes uniquement. Ne mentionnez pas les maladies bénignes courantes comme les rhumes.</p>
<p>15. Profession : Indiquez votre occupation principale.</p>	<p>31. Déclaration et acceptation pour la transmission ou l'accession des informations : Ne signez, ni datez cette déclaration avant que le médecin examinateur agréé, qui en est témoin, le dise car il doit la co-signer.</p>
<p>16. Employeur : Si votre emploi principal est pilote, alors donnez le nom de votre employeur.</p>	
<p style="text-align: center;">MEDECIN TRAITANT DESIGNÉ PAR L'INTERESSE(E) POUR LA GESTION DU DOSSIER MEDICAL GLOBAL</p> <p>Dr..... Adresse : Commune : Téléphone :</p>	