

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 : Pays : N° de téléphone :		(11) Adresse postale (si différente) : Pays : N° de téléphone :		(15) Profession (principale) :			
(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 :	
(24) Accident ou incident de vol depuis le dernier examen médical : Non () Oui () Date : Détails :		Pays :		(23) Type d’avion actuellement utilisé :			
(27) Alcool – Consommation hebdomadaire moyenne :		(25) Type de vol envisagé :					
(29) Etes-vous fumeur ? Jamais () Plus depuis : Oui () Genre de tabac et quantité :		(26) Présente activité aérienne : () Pilote seul () Equipage multi-pilotes					
		(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? Non () Oui () Nature et dose du médicament / début de l’utilisation / motif :					

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		112		123		150							
Maladie ou opération oculaire		Affection de la gorge, du nez, élocution		Malaria ou autres maladies tropicales		Problèmes gynécologiques ou menstruels							
102		113		124		151							
Port actuel ou antérieur de lunettes et/ou de verres de contact		Traumatisme crânien ou commotion		Test HIV positif		Etes-vous enceinte ?							
103		114		125		Antécédents familiaux							
Modification dans la prescription de lunettes/verres de contact depuis le dernier examen		Maux de tête fréquents ou graves		Maladie sexuellement transmissible									
104		115		126		170							
Allergie ou rhume des foies		Accès de vertiges / évanouissements		Hospitalisation		Affection cardiaque							
105		116		127		171							
Asthme ou maladie pulmonaire		Perte de conscience quel qu’en soit le motif		Toute autre maladie ou blessure		Hypertension artérielle							
106		117		128		172							
Maladie du coeur ou vaisseaux		Affection neurologique : épilepsie, convulsion, paralysie, etc.		Le recours au médecin depuis le dernier examen médical		Taux élevé de cholestérol							
107		118		129		173							
Tension artérielle élevée ou basse		Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.		Assurance-vie refusée		Epilepsie							
108		119		130		174							
Calcul rénal ou sang dans les urines		Traitement pour abus d’alcool ou de drogue		Refus de licence / autorisation		Maladie mentale							
109		120		132		175							
Diabète ou affection hormonale		Tentative de suicide		Non admission au service militaire ou réforme pour motif médical		Diabète sucré							
110		121		133		176							
Affection gastro-intestinale ou hépatique		Mal des transports nécessitant médication		Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		Tuberculose							
111		122				177							
Surdité ou maladie des oreilles		Anémie, trait drépanocytaire				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 daterez. 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 : Enoncez le nom de l'Etat ou Pays où ce formulaire doit être envoyé.</p>	<p>17. Dernier examen médical : Enoncez 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 : Enoncez 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 : Enoncez 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 : Enoncez 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>MEDECIN TRAITANT DESIGNÉ PAR L'INTERESSE(E) POUR LA GESTION DU DOSSIER MEDICAL GLOBAL</p>	
<p>Dr.....</p>	
<p>Adresse :</p>	
<p>Commune :</p>	
<p>Téléphone :</p>	