

Swiss Confederation

Suisse

Secret médical

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|--|----------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|
| (1) Pays JAA de délivrance de licence: | | (2) Classe du certificat médical sollicité | | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 (ATC) | <input type="checkbox"/> SRT | <input type="checkbox"/> Autres |
| (3) Nom: | | (4) Nom(s) antérieur(s): | | (12) Demande pour examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/Revalidation | | | | |
| (5) Prénom: | | (6) Date de | (7) sexe: | | (13) Numéro système: | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Masc. | <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |
| (8) Lieu et pays de naissance: | | (9) Nationalité: | | (14) Type de licence désirée: | | | | |
| (10) Adresse permanente: | | (11) Adresse postale (si différente): | | (15) Profession (principale): | | | | |
| Pays: | | Pays: | | (16) Employeur: | | | | |
| No de téléphone: | | No de téléphone: | | | | | | |
| (18) Licence d'aviation détenue (type): | | Numéro de licence: | | État de délivrance: | | (17) Dernière demande de certificat médical: Date: Lieu: | | |
| | | | | | | (19) Conditions, limitations ou dérogations sur la licence ou le certificat médical: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Détails: | | |
| (20) Avez-vous eu un refus, une suspension ou un retrait de certificat médical d'aptitude au vol de la part d'un service de licence? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | Date: | | Pays: | | (21) Nombre total d'heures de vol: | | |
| Détails: | | | | | | (22) Nombres d'heures de vol depuis le dernier examen médical: | | |
| (24) Accidents ou incidents de vol depuis le dernier examen médical? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | Date: | | Pays: | | (23) Types d'avions actuellement utilisés: | | |
| Détails: | | | | | | (25) Type de vol envisagé: | | |
| (27) Alcool - unités moyenne par semaine: | | | | | | (26) Présente activité aérienne: <input type="checkbox"/> Pilote seul <input type="checkbox"/> Equipage de plusieurs pilotes | | |
| (28a) Faites-vous habituellement usage de médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif: | | | | (29a) Êtes-vous fumeur? <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | |
| | | | | | | Date de l'arrêt: Genre de tabac: Quantité: | | |
| (28b) Consommez-vous des stupéfiants? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | | | | | (29b) Consommez-vous de la mariyuana ou du haschisch? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | |

Antécédents généraux et médicaux: Avez-vous des antécédents d'une des maladies suivantes? A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique Remarques.

| | Oui | Non | | Oui | Non | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (101) Maladie ou opération oculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (112) Trouble de la gorge, du nez, du langage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (123) Malaria ou autre maladie tropicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pour les femmes seulement | | |
| (102) Port actuel ou antérieur de lunettes et/ou de verres de contact | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (113) Traumatisme crânien ou commotion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (124) Test HIV positif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (150) Etat gynécologique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (114) Maux de tête fréquents ou graves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (125) Maladie sexuellement transmissible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (151) Etes-vous enceinte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (104) Allergie ou rhume des foies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (115) Accès de vertige/évanouissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (126) Hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antécédents familiaux | | |
| (105) Asthme ou maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (116) Perte de conscience quel qu'en soit le motif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (127) Tout autre maladie ou blessure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (170) Affection cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (106) Maladie du cœur ou des vaisseaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (117) Affection neurologique: épilepsie, convulsions, paralysie etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (128) Recours au médecin depuis le dernier examen médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (171) Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (107) Tension artérielle élevée ou basse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (118) Désordres mentaux de toute espèce: dépressions, anxiété etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (129) Assurance-vie refusée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (172) Taux élevé de cholestérol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (108) Calcul rénal ou sang dans les urines | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (130) Refus de licence de vol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (173) Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (109) Diabète ou trouble hormonal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (120) Tentative de suicide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (132) Non admission au service militaire ou réforme pour motif médical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (174) Maladie mentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (110) Affection abdominale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (121) Mal de transport nécessitant médication | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (175) Diabète sucré | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (122) Anémie/Trait drépanocytaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | (176) Tuberculose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | (177) Allergie/asthme/eczéma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | (178) Maladie héréditaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | | | (179) Glaucome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(30) Remarques:

Y a-t-il des changements depuis le dernier examen medical? Oui Non

(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 ni omis de renseignements importants ni 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 en appui de ma demande, l'Autorité (AMS) 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 à la délivrance de renseignements médicaux: par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes au médecin-conseil en médecine aéronautique, au service aéromédical de l'Autorité et, si besoin, à la Section de Médecine Aéronautique d'un autre État, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisées pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps.

| | | | |
|------|------------------------|---------------------------|---|
| Date | Signature de demandeur | Signature du AME (témoin) | Nom et adresse du médecin-conseil: tél: fax: AME No.: |
|------|------------------------|---------------------------|---|