

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR UN CERTIFICAT MÉDICAL

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES - VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER AUX PAGES D'INSTRUCTIONS

Suisse

Secret médical

(1) État demandé:		(2) Classe du certificat médical demandée: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Équipage de <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> SRT <input type="checkbox"/> Autres	
(3) Nom usuel:		(4) Nom(s) de naissance:	
(5) Prénom(s):		(6) Date de	
		(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
(8) Lieu et pays de naissance:		(9) Nationalité:	
(10) Adresse permanente: N° de téléphone: N° de portable: Courriel:		(11) Adresse postale (si différente): N° de téléphone:	
(18) Licence(s) détenue(s) (type):		N° de licence: État de délivrance:	
(20) Est-ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date: Pays: Détails:			
(24) Accidents ou incidents d'aviation reportés depuis le dernier examen médical <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date: Ville: Détails:			
(27) Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Unités par semaine en moyenne):			
(28) Prenez-vous actuellement des médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi?:			
(28b) Consommez-vous des substances narcotiques? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
		(29b) Consommez-vous de la marijuana ou du haschich? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Historique général et médical: Avez-vous des antécédents d'une des maladies suivantes? (Veuillez cocher). Si oui, indiquer les détails dans la section remarques (30).

	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"/>	Antécédents familiaux de: (170) Affection cardiaque (171) Hypertension artérielle (172) Taux élevé de cholestérol (173) Épilepsie (174) Maladie mentale (175) Diabète (176) Tuberculose (177) Allergie/asthme/eczéma (178) Maladie héréditaire (179) Glaucome À remplir uniquement par les femmes (150) État gynécologique, problèmes de menstruation (151) Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(102) Port actuel ou antérieur de lunettes et/ou de lentilles 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"/>			
(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"/>			
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil/syndrome de l'apnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<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) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles mentaux de toute espèce: dépressions, anxiété etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<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) Recours au médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(109) Diabète ou équilibre hormonal perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Assurance-vie refusée	<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"/>	(132) Refus de licence de vol ATCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Non-admission au service militaire ou réformé pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(30) Remarques: État actuel s'il s'agit d'un rapport antérieur sans modification depuis.

(31) Déclaration: Par la présente, je certifie 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'ai pris connaissance qu'en cas de déclaration incorrecte ou erronée en relation avec cette demande, ou si je m'abstiens de fournir l'information médicale en appui à ma demande, l'Autorité de licence peut refuser de m'accorder un certificat médical ou peut retirer un certificat médical accordé sans préjudice d'opérations applicables tierces en vertu de la réglementation nationale.

Consentement à l'envoi de renseignements médicaux: Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, 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 l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date	Signature du candidat	Signature de l'AME / évaluateur médical	Nom et adresse de l'examineur:
------	-----------------------	---	--------------------------------