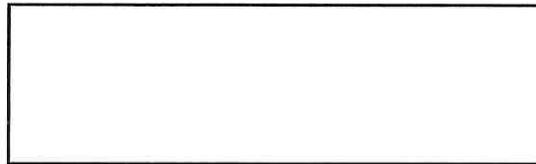


Etiquette

**1900**  
**NARDY**  
Francis Antoine  
19/06/1969 à VERSAILLES



**DECOUPEKOESIO**

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>FRANCE</b>		(13) N° référence:										
(3) Nom : <b>NARDY</b>		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>										
(5) Prénom(s) : <b>FRANCIS ANTOINE</b>		(4) Nom de naissance <b>NARDY</b>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation									
(6) Date de naissance <b>19/06/1969</b>		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : <b>ATPL</b>									
(8) Lieu et pays de naissance : <b>FRANCE</b>		(9) Nationalité : <b>FRANCAISE</b>	(15) Profession (principale) : <b>SANS</b>									
(10) Adresse permanente : <b>GARENS 32800 EAUZE</b> Pays : N° de téléphone : Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente)  Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur : <b>SANS</b>									
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types                      Numéro de licence                      Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : Date : <b>18/10/2022</b> Lieu : <b>CEMPN TOULOUSE</b>										
<table border="1"> <tr> <td>ATPL</td> <td>FRA.FCL.AA00155224</td> <td>FRANCE</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		ATPL	FRA.FCL.AA00155224	FRANCE							(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails :	
ATPL	FRA.FCL.AA00155224	FRANCE										
(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 ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>13000</b>										
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :                      Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :										
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>A330</b>										
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(25) Type de vol envisagé :										
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>										
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :										

**Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?**

**A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »**

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
									<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>		
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et je ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AM  ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AM  afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

18/10/2023

Signature du demandeur :

Signature du médecin évaluateur :

Dr. J. P. Poudereux  
Médecin  valuateur  
N  03516  
CEMA TB - 05

1900

NARDY  
Francis Antoine  
19/06/1969 à VERSAILLES



### REPORT D'EXAMEN MEDICAL

1 formulaire pour demande de certificat médical)

Pour remplir cette page utiliser des lettres majuscules - SECRET MEDICAL

NOM :		Prénoms :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):			
				Lieu de naissance :			
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 172,8 cm 27	(203) Poids -2,5 82,8 kg 70	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 125 Diastolique 88		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item		normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
 54 ans CDB A330 marié 3 enfants 22 et 20 ans  
 dernier emploi en Chine - instructeur simulateur  
 hémocult @ Aout 23  
 base PSA.  
 Tobacco : 0 510x 7990  
 Alcohol : 0  
 Medication : 0  
 Sport : tennis - Vêlo -

(229) Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)  
 (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	22	Corrigée à	10
Œil gauche sans correction	22	Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction	22	Corrigée à	10

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction  
 N14 lu à 100cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(231) de près sans correction avec correction  
 N5 lu à 30 - 50cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui  Non  Type : PROGRESSIVES

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit	+1,00			2,50
Œil gauche	+1,50	-0,50	91	

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale   
 Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A  
 Nombre de tables présentées : Nombre d'erreurs :

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)  
 (si 239/241 non réalisés)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Ouille droite	Ouille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	15,0	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale   
 Glucose  Protéines  Sang  Autres

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	18 10 23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	18 10 23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers (Sujet?) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : **APTE** Nom : Dr. J.P. Poudercoux  
 Signature : Dr. J.P. Poudercoux  
 Médecine Aéronautique  
 N° 03516  
 GEMA TB - 05

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe :  
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :  
 INAPTE pour la classe :  
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer :  
 le destinataire :  
 le motif :

► Renvoi/concertation  
 Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.  
 Décision N° ..... du .....  
 Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :  
 VML apte classe 1  
 → 18.10.2024.

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé  
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : 18.10.2023	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : BONDY	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr. P. JOURDAN Médecin chef
et lieu :	Fax : Telephone : E-mail :	Numéro d'AME :

# Rapport 1900

Féminin

NARDY

Francis Antoine  
19/06/1969 à VFRSAILLES

Département :

ambul.ID :

N° de salle :

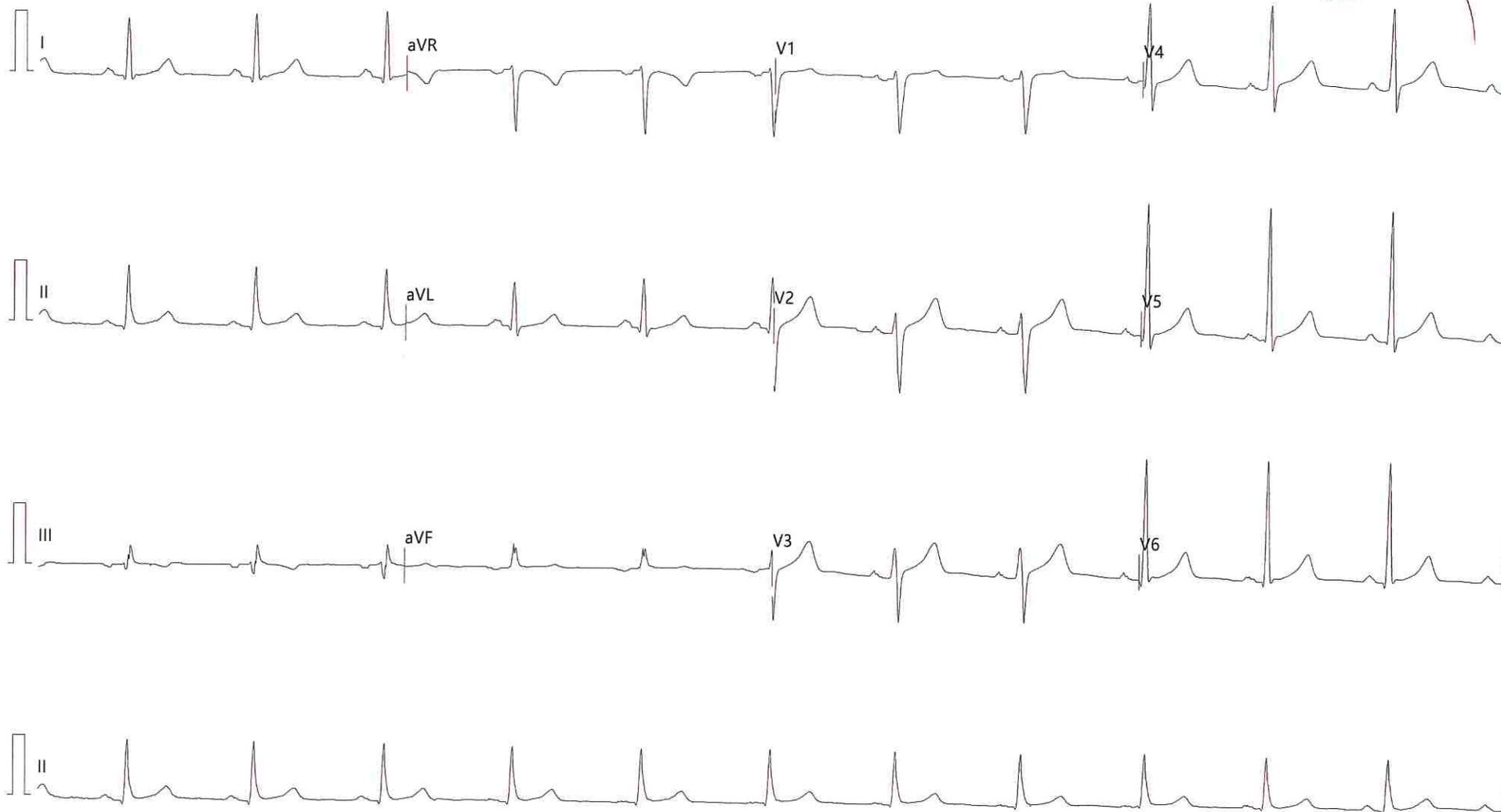
FC : 70bpm  
P : 106ms  
FP : 145ms  
QRS : 93ms  
QT/QTc : 386/416ms  
P/QRS/T : -17/30/8deg.  
RV5/SV1 : 2.473/0.935mV

Nom infos diagn.:

1. Rythme de sinus  
2. \*\*\* ECG Normal \*\*\*

Dr J.P Poudereux  
Médecine Aéronautique  
N° 03516  
CEMA TB - 05  
25mm/s

Rapp. confirmé par:  
10mm/mV



**Au Médecin traitant**

**Aux bons soins de  
Monsieur Francis Antoine NARDY**

Blagnac, le 19 octobre 2023

Mon Cher Confrère,

Je viens d'examiner pour sa visite révisionnelle PNT, Monsieur Francis Antoine NARDY, âgé de 54 ans.

Il présente des facteurs de risque cardiovasculaire.

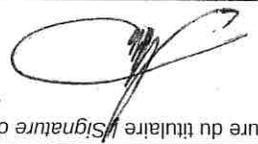
Il est nécessaire de réaliser :

- Un bilan biologique général avec PSA.
- Une consultation de cardiologie avec échocardiographie et épreuve d'effort.

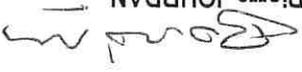
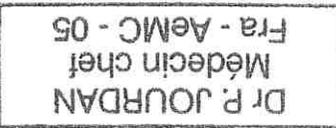
En vous remerciant de bien vouloir nous tenir informés des résultats, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations les meilleures.

**Docteur Pierre JOURDAN  
Médecin Chef Suppléant.**



I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number	FRA.FLTA 055984
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	NARDY Francis Antoine
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	19/06/1969 - VERSAILLES
VI	Nationalité / Nationality	F (FRANCE)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder	

II	Class 1 medical certificate	18 / 04 / 2024
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)	18 / 10 / 2024
IX	Classe 1, exploitation commerciale monopolite avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	18 / 10 / 2024
IX	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	18 / 10 / 2024
IX	Classe 2 / Class 2	18 / 10 / 2024
IX	LAPL / LAPL	18 / 10 / 2025

XIII	Limitations / Limitations	VML
Code - Description / Code - Description		
X	Date de délivrance / Date of issue	18 / 10 / 2023
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
	Dr. Pierre JOURDAN	
	XI Cachet / Stamp	

Date de l'examen médical / Date of medical examination	18 / 10 / 2023
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	18/10/2023
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	18/10/2022

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

 **DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE**  
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

**CERTIFICAT MÉDICAL**  
Medical certificate

**CLASSE 1 / 2 / LAPL**  
**CLASS 1 / 2 / LAPL**

European Union  
medical certificate  
Issued in accordance with Part-MED  
Complies with ICAO standards  
Except for the LAPL medical certificate

A joindre à la licence  
Pertaining to a Part-FCL licence

**MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale**

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :

- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
- 2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
- 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :

- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
- 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
- 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 5) en cas de grossesse ;
- 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
- 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

**MED.A.020 Decrease in medical fitness**

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they :

- 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
- 2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
- 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :

- 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
- 2) have commenced the regular use of any medication ;
- 3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 5) are pregnant ;
- 6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
- 7) first require correcting lenses.