

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : IRELAND		(13) N° référence:				
(3) Nom : MICHAEL		(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) :		(4) Nom de naissance NASH	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation			
(8) Lieu et pays de naissance : ELGW / SCOTLAND		(6) Date de naissance (JJMMAAAA) 18/07/1965	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>			
(10) Adresse permanente : 53 HILL HEAD ROAD FARGHAM UK		(9) Nationalité : UK	(14) Type de licence désirée : ATPL(H)			
(11) Adresse postale (si différente)		(15) Profession (principale) : PILOT HELICOPTER	(16) Employeur : HELICOPTIONS			
(18) Licence(s) de vol possédé(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : Date : 13 DEC 2021 Lieu : ENGLAND				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ATPL(H)</td> <td style="width: 40%;">IE.FCL.280197</td> <td style="width: 30%;">12/04/2019</td> </tr> </table>		ATPL(H)	IE.FCL.280197	12/04/2019	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : VNL 3	
ATPL(H)	IE.FCL.280197	12/04/2019				
(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 : 8000				
(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 : 150				
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière 1 unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : HELICOPTER				
(29) Consommez vous de tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :		(25) Type de vol envisagé : SAR				
(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi: HYPERTENSION! RAMIPRIL 10mg STATIN 20mg AMLODIPINE 5mg						

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). Déterminez dans la rubrique « (30) remarques »

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

(30) Remarques :

NIL
HBP Blood Pressure. 7 years ago III = PAS.
Medication = H Blood Pressure

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et 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 déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation 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 devenir ainsi 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'ARAMED 130 peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon AME, afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA 035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED 150 (c) (4).

Date : **07/12/2022**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

