

**Demande de Certificat Medical
ICAO – Classe 2 – Vol à voile**



SECRET MÉDICAL

Utilisez des MAJUSCULES pour remplir ce formulaire s.v.p.

Candidat:

A

(1) Nom : (2) Prénom(s):

(3) Date de naissance : (JJ-MM-AAAA) (4) Lieu de naissance / pays: (5) Nationalité:

(6) Sexe: M / F

(7) Adresse Rue :

Code Postal : Ville:

Numéro de téléphone :

B

(8) Examen initial *cochez la case voulue s.v.p.*
 Revalidation

(9) Si oui, numéro de licence:

(10) Date de la dernière visite: lieu:

(11) Des limitations ont elles été notées ? : Non / Oui
 Si oui, lesquelles:

(12) Avez-vous déjà subi un refus / une suspension de certificat médical pour l'aviation? Non / Oui
 Si oui , quand : Où:

Raisons:

(13) Avez-vous été impliqué dans un accident / incident d'aviation depuis la dernière visite? Non / Oui
 Si oui, quand: Où:

Détails :

(14) Usage hebdomadaire d'alcool :

(15) Fumez- vous? : o Non - Cessé de fumer depuis:
 o Oui - consommation hebdomadaire :

(16) Utilisation actuelle de médicaments ? Non / Oui
 Si oui, lesquels:.....
 depuis: Pourquoi?

C

(17) Antécédents médicaux généraux:

Présentez-vous des antécédents ou souffrez-vous d'une des affections suivantes? Répondez par oui / non. Les questions répondues par "oui" doivent être précisées en (18).

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>
(101) Maladie / opération des yeux/	o	o	(111) Surdité, problèmes d'audition	o	o
(102) Portez-vous des lunettes / lentilles	o	o	(112) Problèmes de nez, gorge, élocution	o	o
(103) Les prescriptions pour lunettes / lentilles ont-elles changé depuis la dernière visite	o	o	(113) Lésion à la tête ou commotion cérébrale	o	o
(104) Rhume des foins, allergies	o	o	(114) Maux de tête fréquents et importants	o	o
(105) Asthme, maladie pulmonaire	o	o	(115) Vertiges ou syncopes	o	o
(106) Problèmes cardiaques/vasculaires	o	o	(116) Pertes de conscience (pour toute raison)	o	o
(107) Tension trop haute ou trop basse	o	o	(117) Maladies nerveuses, attaque, épilepsie, ...	o	o
(108) Calculs rénaux/sang dans les urines	o	o	(118) Problèmes psychologiques ou psychiatriques de diverses natures	o	o
(109) Diabète ou dérangement hormonal	o	o	(119) Excès d'alcool ou usage de drogues	o	o
(110) Problèmes d'estomac, foie, intestin	o	o	(120) Tentative de suicide	o	o

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>		<u>Oui</u>	<u>Non</u>
(121) Pathologie du mouvement exigeant des médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(127) Autres maladies / blessures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(122) Anémie, siclanémie, autre pathologie hémathologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(128) Consultation d'un médecin depuis la dernière visite médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(123) Malaria / autre maladie tropicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(129) Refus d'assurance-vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(124) Un test HIV positif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(130) Licence de pilote refusée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(131) Allocation/pension par suite de maladie/handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(126) Séjour à l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Uniquement pour les femmes:					
(150) Problèmes gynécologiques/menstruels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(151) Etes-vous enceinte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Anamnèse familiale / Facteurs héréditaires:					
(170) Problèmes cardiaques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(171) Tension élevée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(172) Taux de cholestérol élevé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(173) Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(174) Problèmes mentaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(175) Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(176) Tuberculose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(178) Problèmes héréditaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
(179) Glaucome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

(18) Donnez ici les détails des réponses "Oui":

.....

.....

D

(19) Déclaration:

Je déclare avoir répondu aux questions ci-dessus au mieux de mes connaissances, n'avoir caché aucune information nécessaire, ni fait de fausses déclarations. J'accepte que toute fausse information ou dissimulation entraîne le refus de la délivrance d'un certificat médical. Le contenu de ce rapport et les données d'examens ultérieurs éventuels peuvent être conservés par le service médical concerné et utilisés si nécessaire. Moi-même et mon médecin traitant y avons toutefois un droit de regard. Le secret médical doit être garanti..

Date:

Signature du candidat

INSTRUCTIONS

- Ce formulaire de demande et tous les rapports qui s'y rapportent sont exigés conformément aux recommandations de l'OACI et seront conservés au moins 5 ans par le médecin examinateur.
- Le candidat remplit personnellement le formulaire. Les parties A et B doivent être remplies au préalable. La partie C sera remplie avec la collaboration du médecin examinateur. La signature sera ensuite apposée en D.
- Les demandes qui ne seraient pas complètement remplies ou qui ne seraient pas signées seront refusées.