

# 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:<br><br>N° de téléphone:<br>N° de portable:<br>Courriel:  |  | (11) Adresse postale (si différente):<br><br>N° de téléphone:   |  |
| (18) Licence(s) détenue(s) (type): N° de licence: État de délivrance:   |  | (12) Genre sollicité:<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation  |  |
| (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?<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date: Pays:<br>Détails: |  | (13) Numéro de référence:   |  |
| (24) Accidents ou incidents d'aviation reportés depuis le dernier examen médical<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date: Ville:<br>Détails:  |  | (14) Type de licence demandé pour:  |  |
| (27) Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, montant   |  | (15) Profession (principale):   |  |
| (28) Prenez-vous actuellement des médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Nature et dose du médicament, depuis quand est-il pris et pourquoi?:  |  | (16) Employeur:   |  |
| (28b) Consommez-vous des substances narcotiques? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |  | (17) Dernier examen médical:<br>Date:<br>Ville:   |  |
|   |  | (19) Limitations de licence(s)/certificat médical détenu:<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br>Détails:  |  |
|   |  | (21) Total du nombre d'heures de vol: (22) Nombres d'heures de vol depuis le dernier examen médical:  |  |
|   |  | (23) Classe/type(s) d'aéronef déjà volé:  |  |
|   |  | (25) Activité de vol envisagée:   |  |
|   |  | (26) Activité de vol actuelle: <input type="checkbox"/> Pilote unique <input type="checkbox"/> Multipilote<br>Activité ATCO actuelle: <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS                                |  |
|   |  | (29) Consommez-vous du tabac?<br><input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Non, date d'arrêt:<br><input type="checkbox"/> Oui, type et quantité: Quantité:  |  |
|   |  | (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"/> | <b>Antécédents familiaux de:</b><br>(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(173) Épilepsie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(174) Maladie mentale ou suicide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <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 ou automutilation                         | <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) Surdit e 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"/> | <b>À remplir uniquement par les femmes</b><br>(150) État gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>(151) Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |                          |                          |

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

(31) Déclaration: Je déclare par la présente que j'ai examiné attentivement les déclarations ci-dessus et que, à ma connaissance, elles sont complètes et correctes et que je n'ai pas dissimulé d'informations pertinentes ni fait de déclarations trompeuses. Je comprends que, si j'ai fait des déclarations fausses ou trompeuses en rapport avec cette demande, ou si je ne communique pas les informations médicales justificatives, l'autorité qui délivre les licences peut refuser de m'accorder un certificat médical ou peut retirer tout certificat médical délivré, sans préjudice de tout autre action applicable en vertu du droit national.

**CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DES INFORMATIONS MÉDICALES**: J'autorise par la présente la communication de toutes les informations contenues dans le présent rapport et de tout ou partie des pièces jointes à l'AME et, le cas échéant, à l'évaluateur médical de l'autorité compétente de l'AME et aux professionnels de la santé pertinents aux fins d'une évaluation aéromédicale ou d'un réexamen médical, reconnaissant que ces documents ou les données stockées électroniquement peuvent être utilisées pour effectuer une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre les licences, à condition que mon médecin ou moi-même puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.

AVIS DE COMMUNICATION DES DONNÉES PERSONNELLES: Je déclare par la présente avoir été informé/e et comprendre que les données figurant dans ma demande de certificat médical conformément au point ARA.MED.130 pour le personnel navigant et au point ATCO.AR.F.005 pour les ATCO peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données relatives aux antécédents médicaux requises aux points MED.A.035 b) 2) ii)/ iii) et ATCO.MED.A.035 b) 2) ii)/ iii), et à la disposition des évaluateurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application du point ARA.MED.150 c) 4) pour le personnel navigant et du point ATCO.AR.F.001 pour les ATCO.

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