



Questionnaire sur la « santé mentale » / *Mini Questionnaire*

Formulaire d'auto-évaluation dans le cadre de l'examen aéromédical
Self-Description Form in the Course of the Aeromedical Examination

Nom / *Name*: Date de naissance / *Date of birth*:

Date de l'examen / *Examination date*:

		Cocher ce qui convient <i>Mark the applicable box</i>				
<p>Veillez lire attentivement les propositions et cocher la réponse qui reflète le mieux vos sentiments et vos activités. Pour chaque question, il y a cinq réponses possibles. Veuillez répondre à toutes les questions, dans l'ordre et sans pause prolongée entre les questions. Vous avez la possibilité de faire des remarques au point 22. Si vous avez des doutes, vous pouvez en discuter avec l'examineur aéro-médical.</p> <p><i>Please read carefully the list of statements and select the answer that most accurately reflects your thoughts and activities. For each statement, there are five possible answers. Please select the answer that applies to you. Please do not leave any questions blank and work your way through the questions one by one without longer interruptions. You have the opportunity to make comments under point 22. You can discuss any ambiguities with the examining Aero-Medical Examiner.</i></p>		Pas d'accord du tout <i>I disagree fully</i>	Plutôt pas d'accord <i>I tend to disagree</i>	Ni d'accord ni pas d'accord <i>Neither agree nor disagree</i>	Plutôt d'accord <i>I tend to agree</i>	Tout à fait d'accord <i>I agree fully</i>
1	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé <i>My sleeping habits have not changed.</i>					
2	Ces derniers temps, j'ai vécu de fréquentes situations de stress. <i>Recently, I have often experienced high levels of stress.</i>					
3	Dans mon travail, je me sens sous-employé/e <i>In my job, I am hardly challenged.</i>					
4	J'ai du mal à répondre aux attentes et aux besoins de ma famille. <i>It is difficult for me to meet the expectations and needs of my family.</i>					
5	J'éprouve un sentiment de culpabilité après avoir bu de l'alcool. <i>I feel guilty after drinking alcohol.</i>					
6	Je suis souvent irritable ces derniers temps. <i>I often feel irritable recently.</i>					
7	Ma situation financière est tendue. <i>My financial situation is tight.</i>					
8	Je n'ai pas de peine à m'endormir. <i>I fall asleep easily.</i>					
9	La nuit, je dors généralement d'une traite. <i>I sleep through the whole night most nights.</i>					
10	Je bois volontiers un verre pour décompresser après le travail. <i>I like to relax with a drink after a day of work.</i>					
11	Depuis peu, j'ai de la peine à contrôler mon humeur. <i>Recently I have difficulties controlling my mood.</i>					
12	J'ai peu ou pas d'amis parmi mes collègues. <i>I do not have many (or any) friends at my work place.</i>					

		Pas d'accord du tout <i>I disagree fully</i>	Plutôt pas d'accord <i>I tend to disagree</i>	Ni d'accord ni pas d'accord <i>Neither agree nor disagree</i>	Plutôt d'accord <i>I tend to agree</i>	Tout à fait d'accord <i>I agree fully</i>
13	Mes relations sentimentales sont instables. <i>My relationship status changes frequently.</i>					
14	Je suis sujet/te à de fréquentes variations de poids. <i>My body weight varies frequently.</i>					
15	Le climat au sein de l'entreprise n'est pas bon. <i>The work climate in my company is not positive.</i>					
16	J'arrive sans peine à conserver ma confiance en moi. <i>I find it easy to maintain my self-confidence.</i>					
17	J'ai besoin de médicaments ou d'autres substances pour garder une humeur positive. <i>I need medication or other substances to maintain a positive mood.</i>					
18	En ce moment, je songe à changer d'orientation professionnelle. <i>I am currently considering a career change.</i>					
19	En ce moment, j'ai de la peine à déconnecter de mon travail et de mes tâches. <i>Currently I find it difficult to take my mind off my work and tasks.</i>					
20	Après plusieurs jours de travail, j'ai de la peine à retrouver un rythme de sommeil normal. <i>I find it difficult to regain my sleep rhythm after several days at work.</i>					
21	Je suis convaincu/e que l'alcool et d'autres « remontants » n'ont pas d'effet négatif sur mes performances. <i>I am confident that alcohol and other mood altering substances do not affect my work capacity.</i>					
22	Remarques / <i>Remarks</i>					

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.

COMMUNICATION DE LA DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je confirme par la présente que j'ai été informé(e) et que je comprends que les données contenues dans mon certificat d'aptitude médicale conformément au point ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon examinateur aéromédical afin d'obtenir les informations requises par le point MED.A.035 (b) (2) (i) / (iii) de mettre les données historiques requises à la disposition de l'expert aéromédical des autorités compétentes des États membres afin de permettre l'application du point ARA.MED.150 (c) (4).

Declaration: I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.

CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the my licensing authority, to the medical assessor of the competent authority of my AME and to relevant medical professionals for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.

NOTIFICATION OF DISCLOSURE OF PERSONAL DATA: I hereby declare that I have been informed and I understand that the data contained in my medical certificate according to ARA.MED.130 may be electronically stored and made available to my AME in order to provide historical data required in MED.A.035(b)(2)(i)/(iii) and to the medical assessors of the competent authorities of the Member States in order to facilitate the enforcement of ARA.MED.150(c)(4).

Déclaration de l'AME : le/la candidat/e a été évalué/e conformément au : / AME-declaration: the applicant has been assessed according to: MED.B.055 (1178/2011)

Lieu, date / *Place, date*

Lieu, date / *Place, date*

Signature du/de la candidat/e / *Signature of applicant*

Signature of AME/medical assessor and AME number