



FORMULAR CERERE PENTRU UN CERTIFICAT MEDICAL AERONAUTIC

Completează acest formular în întregime și cu majuscule – Vezi pagina de instrucțiuni pentru detalii FIȘĂ MEDICALĂ CONFIDENȚIALĂ
Zona pe fond gri nu vor fi completate de solicitanții de Certificate medicale clasa 3

(1) Statul emitent al licenței:	(2) Clasa certificatului medical solicitat : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Altele <input type="checkbox"/>		
(3) Nume	(4) Nume anterior:	(12) Cerere: Inițial <input type="checkbox"/> Revalidare/Reînnoire <input type="checkbox"/>	
(5) Prenume	(6) Data de naștere	(7) Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	(13) Numărul de referință:
(8) Tara și locul nașterii :	(9) Naționalitatea:	(14) Tipul de licență dorită:	
(10) Adresa permanentă Țara: Telefon: E-mail :	(11) Adresa poștală (dacă este diferită) Țara: Telefon:	(15) Ocupația (principală) (16) Angajator (17) Ultima examinare medicală Data Locul	
(18) Licența (e) deținută (tip): Numărul licenței: Statul emitent:	(19) Orice limitări ale licenței / Certificatului medical Detalii:	Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/>	
(20) Ai avut vreodată un certificat medical refuzat, suspendat sau revocat de către o autoritate de licențiere? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Data: Țara: Detalii:	(21) Total ore de zbor	(22) Ore de zbor de la ultimul examen medical:	
(24) A avut un accident / incident aeronautic raportat de la ultimul examen medical? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Data: Locul: Detalii	(23) Aeronava pe care zboară în prezent	(25) Tipul de zbor intenționat	
(27) Consumi alcool? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> cantitatea :	(26) Activitatea prezentă de zbor Single pilot <input type="checkbox"/> Multi pilot <input type="checkbox"/>	(28) Utilizezi o medicație în mod curent? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ce medicamente, doza, data începerii și motivul:	
(29) Fumeazi? Nu, niciodată <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> De când?: Da <input type="checkbox"/> Ce tip și cantitatea :			

Antecedente medicale și generale: Ai avut sau ai vreuna din urmatoarele? (bifeaza)

Nota : dacă revalidarea se face în același loc ca ultima examinare, bifati numai rubricile legate de vreun eveniment medical /chirurgical/ oftalmologic sau schimbări de la ultima examinare. Dacă „nu sunt modificări” menționați aceasta la „Remarci”

Da	Nu	Da	Nu	Da	Nu	Antecedente în familie	Da	Nu
101	Probleme oculare/operatii pe ochi	114	Dureri frecvente sau severe de cap	126	Intemări în spital	170	Boli de inimă	
102	Ochelari și/sau lentile de contact purtate	115	Amețeli și vorbire incoerentă	127	Orice alte îmbolnăviri sau lezuni	171	Hipertensiune	
		116	Inconstiența din orice motiv	128	Examinări medicale de la ultimul examen medical	172	Nivel ridicat al colesterolului	
103	Ochelari și/sau lentile de contact prescrise de la ultima ex. medicală	117	Tulburări neurologice, epilepsie, apoplexie, paralizie, etc.	129	Refuzuri de asigurare pe viață	173	Epilepsie	
104	Febra fânului, alte alergii	118	Tulburări psihice sau psihologice de orice tip	130	Refuzuri pentru licența de zbor	174	Boli mentale	
105	Astm sau boli de plămâni	119	Abuz alcool,medicamente, substante	132	Respingeri medicale sau decarat inapoi pentru serviciul militar	175	Diabet zaharat	
106	Probleme cardiace sau vasculare	120	Încercare de sinucidere	133	Decizie de pensie sau compensații pentru răni sau boală	176	Tuberculoză	
107	Hipo- sau hiper-tensiune	121	Rău de mișcare + medicație			177	Alergii / astm / eczeme	
108	Pietre la rinichi sau sânge în urină	122	Anemie / Boli de sânge			178	Boli ereditare	
109	Diabet,tulburări hormonale	123	Malarie sau alte boli tropicale			179	Glaucom	
110	Probleme stomac, intestine, ficat	124	Test HIV pozitiv			Doar pentru femei		
111	Surzenie sau tulburări auditive	125	Boli cu transmitere sexuală			150	Probleme menstruale, ginecologice	
112	Tulburări de nas, gât sau vorbire					151	Esti însărcinată ?	
113	Lezuni craniene / contuzii							

(30) Remarci: Se va consemna dacă este raportat anterior și dacă până acum nu există modificări

(31) **Declarație:** Prin aceasta declar că am acordat considerația corespunzătoare afirmațiilor făcute mai sus și că acestea au fost completate cât mai complet și corect posibil în funcție de cunoștințele mele, că nu am omis nici o informație relevantă și nu am făcut nici o consemnare eronată. Înțeleg că dacă am făcut orice declarație falsă sau eronată în legătură cu această solicitare, sau am împiedicat realizarea documentației de informare medicală, Autoritatea poate refuza să-mi acorde certificatul medical sau să-mi retragă orice certificat medical acordat anterior, fără a prejudicia alte activități potrivit legii naționale în vigoare. **CONSIMȚIREA DE ELIBERARE A INFORMAȚIEI MEDICALE:** Prin aceasta autorizez eliberarea tuturor informațiilor conținute în acest raport și a oricărei sau tuturor anexelor, către Secțiunea Aeromedicală și acolo unde este necesar, către Secțiunea Aeromedicală a altui Stat, recunoscând că aceste documente sau date stocate electronic, sunt folosite pentru completarea evaluării medicale, și că acestea vor deveni și rămâne proprietatea Autorității, cu condiția că eu sau medicul meu să putem avea acces la ele în acord cu legea națională. Se va păstra tot timpul Confidențialitatea Medicală

Data

Semnătura solicitantului

Semnătura AME (Martor)

