



# RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Pour remplir cette page, utiliser des lettres majuscules.

Détails sur le demandeur

**Secret médical**

(1) Pays membre JAA émetteur de la licence :		(2) Classe du certificat médical sollicité : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	
(3) Nom :		(4) Nom(s) antérieur(s) :	(12) Demande pour examen Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/Revalidation <input type="checkbox"/>
(5) Prénoms :		(6) Date de naissance :	(7) Sexe Masc. <input type="checkbox"/> Fém. <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :	(14) Type de licence désirée :
(301) <b>Consentement à la transmission de renseignements médicaux</b> : Je soussigné autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes au médecin examinateur en médecine aéronautique, à la SMA et, au besoin, à la Section de Médecine aéronautique d'un autre Etat, 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 la SMA, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément au droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps.			
Date : ..... Signature du demandeur : ..... Signature du médecin examinateur (témoin) : .....			

(302) Catégorie d'examen Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial <input type="checkbox"/>	(303) Antécédents ophtalmologiques :
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------

Examen clinique	Normal	Anormal
Vérifiez chaque point		
(304) Yeux, aspect externe & paupières		
(305) Yeux, Extérieur (lampe à fente, ophth.)		
(306) Position et mobilité oculaire		
(307) Champs visuels (confrontation)		
(308) Réflexes pupillaires		
(309) Fond de l'œil (ophtalmoscopie)		
(310) Convergence	cm	
(311) Accommodation	D	

(312) *Equilibre de la musculature oculaire ext.* (en dioptries prismatiques)

A la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho		Ortho	
Eso		Eso	
Exo		Exo	
Hyper		Hyper	
Cyclo		Cyclo	
Tropie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Phorie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Epreuve de réserve de fusion : Non effectuée <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>			

(313) *Perception des couleurs*

Planches pseudo-isochromatiques	Type : ISHIHARA
Nombre de planches :	Nombre d'erreurs :
Test approfondi de perception des couleurs indiqué : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Méthode : Lanterne chromoptométrique <input type="checkbox"/> et/ou Anomaloscope <input type="checkbox"/>	
Répond à la norme de sécurité de la vision des couleurs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

(321) **Remarques et recommandations ophtalmologiques** :

(322) **Déclaration du médecin examinateur** :

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins examinateurs agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(250) Lieu et date :	Nom et adresse de l'examinateur ophtalmologiste agréé : (en majuscules)	Cachet et numéro du spécialiste agréé :
Signature du médecin examinateur agréé :	N° de téléphone : N° de fax :	