



RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

Pour remplir cette page, utiliser des lettres majuscules.

Détail sur le demandeur

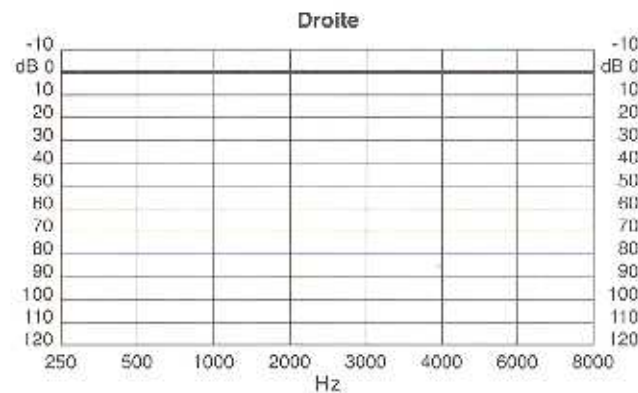
SECRET MÉDICAL

(1) Belgique	(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"/>	(13) Numéro de référence :
(401) Consentement à la transmission de renseignements médicaux : Je soussigné autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes au médecin examinateur en médecine aéronautique, à l'Autorité 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 utilisées pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, 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) :			

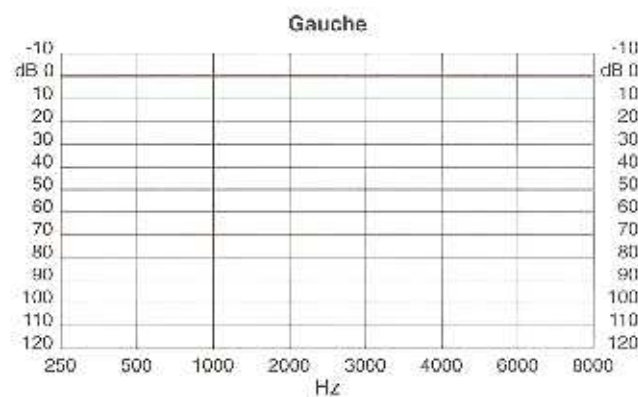
(402) Catégorie d'examen Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial <input type="checkbox"/>	(403) Antécédents ORL :
--	-------------------------

Examen clinique

Vérifiez chaque point	Normal	Anormal
(404) Tête, face, cou, cuir chevelu		
(405) Cavité buccale, dents		
(406) Pharynx		
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)		
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg		
(409) Elocution		
(410) Sinus		
(411) Conduits auditifs externes, tympanis		
(412) Otoscopie pneumatique		
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)		



Tests complémentaires (si indiqués)	Non effectués	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale			
(415) Rhinoscopie postérieure			
(416) ENG, nystagmus spontané et positionnel			
(417) Epreuve calorique différentielle Epreuve vestibulaire rotatoire			
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte			



(421) **Remarques et recommandations ORL :**

(422) **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.

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