

AMABEL 17 maart - mars 2012





JAR - EASA: différences

Actuellement:

- Classe 1 JAR (A - H)
- Classe 2 JAR (A - H)
- Classe 4 National (ULM -Ballon)
- Sailplane -glider : ACRB - KBAC (Liga - Fcfvv) Classe 2 OACI

Critères juridiques:

- JAR: Section 1& 2, JIP.
- BELGIUM: AR-KB , AM-MB
- valid till 7/4/2013
- Et le lendemain:.....

After = EASA

- Medical Requirements: Part Med & AMC
- Organisation : ORA -ARA - Part Med - AMC
 - ORA , ARA = +/- "AR-KB"
 - Part Med = +/- "AM-MB"
 - AMC = +/- Commentaires techniques

**Basic Regulation
Regulation (EC) 216/2008 of 20/02/2008**

**ER :
Annexes 3 and 4**

Regulation personnel

Regulation air operations

Regulation organisations

Regulation authorities

Annex Part FCL

Annex Part OPS

Annex Part OR

Annex Part AR

Annex Part Medical

Annex Part Cabin crew

CS
FTL

AMC, GM

**Agency
Opinion**

**Agency
Opinion**

**Agency
CS ,
AMC &
GM**

Parliament and Council

European Commission

EASA

Les futurs certificats médicaux

- 1) ATPL -CPL - MPL = Medical classe 1
- 2) PPL (A-H- SP - B) = Medical classe 2 (vols rémunérés: instruction, baptême, etc...)
- 3) LAPL (A - H - SP - B) = Medical LAPL (A< 2T, B<1600 m3, 3 Pax, VFR, vol nuit, IFR)
- 4) CC: Medical Assement
- 5) ATCO: Medical classe 3
..... ULM.... Onbekend EASA, reste "NATIONAL"

- Part Med, AMC, ORA, ARA... seront rassemblés dans un **Manuel de Procédures.**
- Ces critères vous seront communiqués.
- MAIS..... Le 8 avril 2013.....

"EMPIC"

- Système de dossier électronique .
- Encodage automatique.
- Contrôle des données.
- Aucun "oubli" .

Problemen:



Koninkrijk België - Directoraat-generaal Luchtvaart - Sectie Luchtvaartgeneeskunde (SLG)
FORMULIER VOOR AANVRAAG VAN EEN MEDISCH ATTEST

Gebruik hoofdletters om dit formulier in te vullen. Raadpleeg voor meer details het blad met richtlijnen.

MEDISCH GEHEIM

(1) JAA lidstaat die de vergunning uitreikt:		(2) Klasse van het gewenste medisch attest		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>
(3) Naam :		(4) Vorige naam :		(12) Aanvraag voor onderzoek : Initieel <input type="checkbox"/> Hernieuwing/wedergeldigmaking <input type="checkbox"/>
(5) Voornamen :		(6) Geboortedatum :		(7) Gesl. Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> (13) Referentienummer :
(8) Geboorteplaats en land :		(9) Nationaliteit :		(14) Type van gewenste vergunning of toelating :
(10) Vast adres :		(11) Postadres (indien verschillend) :		(15) Beroep (hoofdbezigheid) :
Land: Telefoonnummer :		Land: Telefoonnummer :		(16) Werkgever :
(18) Vergunning of toelating in uw bezit (type) Nummer van de vergunning Land van uitreiking				(17) Laatste geneeskundig onderzoek : Datum : Plaats :
(20) Hebt u reeds te maken gehad met een weigering, een opschorting of een intrekking van een aeromedisch attest, uitgaande van een vergunningsdienst? Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum : Details :				(19) Beperkingen of afwijkingen op de vergunning/toelating of het medisch attest Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Details :
				(21) Totaal aantal vlieguren : (22) Vlieguren sinds het laatste medische onderzoek :
				(23) Type vliegtuig dat u actueel vliegt :
(24) Ongeval of incident tijdens de vlucht sinds het laatste geneeskundig onderzoek : Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Datum : Details :				(25) Type van de gekozen vlucht: (26) Huidige vliegactiviteit : <input type="checkbox"/> Solo piloot <input type="checkbox"/> Bemanning met meerdere piloten
(27) Alcohol - Gemiddeld verbruik per week :		(28) Neemt u gewoonlijk geneesmiddelen? Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Aard en dosis van het geneesmiddel : Datum van begin van het gebruik : Reden :		
(29) Rookt u? Nooit <input type="checkbox"/> Niet meer sinds Ja <input type="checkbox"/> Aard van de tabak en hoeveelheid :				

Algemene en medische antecedenten: Vertoont u antecedenten van of lijdt u aan een van de volgende ziekten? Op elke vraag antwoordt u door ja of neen aan te kruisen. Detaileer in de rubriek «opmerkingen».

ja	Neen	ja	Neen	ja	Neen	Alleen voor vrouwen :	ja	Neen
101 Oogziekte of oogoperatie		112 Aandoening van de neus of de keel, spraakstoornissen		123 Malaria of een andere tropische ziekte		150 Gynaecologische, menstruele problemen		
102 Draagt u nu (of vroeger) een bril of contactlenzen		113 Schadeltrauma - hersenschudding		124 Positieve HIV-test		151 Bent u zwanger?		
103 Verandering van bril/contactlenzen sinds het laatste onderzoek		114 Frequentie van ernstige hoofdpijn		125 Seksueel overdraagbare aandoening		Familiale voorgeschiedenis :		
104 Allergie of hooikoorts		115 Aanvallen van duizeligheid of bezwijming		126 Hospitalisatie		170 Hartziekte		
105 Astma of longziekte		116 Bewustzijnsverlies welke ook de oorzaak is		127 Andere ziekten of verwondingen		171 Hoge bloeddruk		
106 Ziekte van het hart of van de bloedvaten		117 Neurologische aandoening : epilepsie, stuiken, icthus, verlamming, enz.		128 Beroep op een geneesheer sinds het laatste onderzoek		172 Te hoog cholesterolgehalte		
107 Te hoge of te lage bloeddruk		118 Allerhande psychische, psychiatrische stoornissen : depressie, angst		129 Geweigerde levensverzekering		173 Epilepsie		
108 Niersteen of bloed in de urine		119 Alcohol-, medicijn- of drugmisbruik		130 Geweigerde vliegvergunning/ toelating		174 Geestesziekte		
109 Suikerziekte of hormonale stoornis		120 Zelfmoordpoging		132 Afkeuring voor militaire dienst of reform		175 Suikerziekte		
110 Maag-, lever- of darmproblemen		121 Reisziekte die een behandeling vereist		133 Rente of vergoeding wegens ziekte of verwonding		176 Tuberculose		
111 Doofheid of oorziekte		122 Anemie, sikkelscelstoornis, andere bloedziekten				177 Allergie, astma, eczeema		
						178 Erfelijke ziekten		
						179 Glaucoom (verhoogde oogdruk)		

(30) Opmerkingen : Indien vroeger opmerkingen werden mededeeld aan de huidige geneesheer-examinator en er sindsdien geen verandering is ingetreden, gelieve het dan te vermelden.

(31) Verklaring: Met deze garander ik dat ik mijn volle aandacht heb besteed aan de bovenvermelde verklaringen. Ik bevestig in eer en geweten dat zij volledig en correct zijn, dat ik geen belangrijke informatie heb achtergehouden noch bedriegelijke informatie heb verstrekt. Ik aanvaard dat, indien ik valse of bedriegelijke verklaringen heb afgelegd en indien ik medische informatie tot staving van mijn aanvraag heb achtergehouden, de SLG het afleveren van een medisch attest mag weigeren of een vroeger afgeleverd attest mag intrekken, onvermindert alle andere dadingen krachtens het nationaal recht. TOELATING TOT HET MEDEDELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS: Ik ondergetekende, verlenen toelating tot het mededeelen aan de SLG van al de gegevens uit dit verslag met al de bijlagen en indien nodig aan de SLG van een andere staat, hiermee erkennend dat deze beschieden en de elektronisch opgeslagen gegevens mogen dienen om een geneesheider expertise uit te voeren, en dat zij elkemaal zullen worden en blijven van de SLG, onder die voorwaarde dat ikzelf of mijn geneesheer er inzage mogen van krijgen, conform het nationaal recht. Het medisch geheim zal steeds geleerd blijven worden. Mijn aandacht wordt gevuld op het feit dat sommige Staten, die geen lid zijn van de Europese Unie, niet eenzelfde adequaat beschermingsniveau van persoonlijke gegevens kunnen verzekeren.

Examination date	
AME Number	
AMS supervision	



RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

Secret médical

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos		
	cm	kg			Systolique	Diastolique	Pulsations/min.	Rythme

Examen clinique : Vérifiez chaque point Normal Anormal Non eff. Normal Anormal Non eff.

(208) Tête, face, cou, cuir chevelu			(218) Abdomen, hernie, foie, rate		
(209) Bouche, gorge, dents			(219) Anus, rectum		
(210) Nez, sinus			(220) Système génito-urinaire		
(211) Oreilles, tympan, mobilité tympanique			(221) Système endocrinien		
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuel			(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		
(213) Yeux - pupilles et fond de l'œil			(223) Colonne vertébrale et musculosquelette		
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus			(224) Neurologie - réflexes etc.		
(215) Poumons, thorax, seins			(225) Psychiatrie		
(216) Cœur			(226) Peau, marques d'identification, syst. lymphatique		
(217) Système vasculaire			(227) Etat général systémique		

(228) Notes : Décrivez chaque constatation d'anomalies. Notez le numéro du point concerné avant chaque commentaire.

Acuité visuelle

(229) De loin à 5m/6 m

Lunettes Contact

Œil droit		corrigé à	
Œil gauche		corrigé à	
Vision binoculaire		corrigé à	

(230) Intermédiaire Sans correction Avec correction

Parinaud 5 à 100 cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche				
Vision binoculaire				

(231) De près Sans correction Avec correction

Parinaud 3 op 30-50 cm

Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil gauche				
Vision binoculaire				

(232) Lunettes

(233) Lentilles de contact

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type			

(234) Audition

Oreille droit

Gauche

Voix de conversation à 2 m	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Le dos tourné vers l'examinateur	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urine Normal Anormaal

Glucose	Protéines	Sang	Autres
---------	-----------	------	--------

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

(249) 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 : (en majuscules)

Cachet et numéro du médecin examinateur agréé :

Signature du médecin examinateur agréé :

N° de téléphone :
N° de fax :

Questions Vragen?

