|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Formulário de antecedentes clínicos e termo de responsabilidade** | **Referência:** | **FS.MED.02** |
| **Revisão:** | **02** |
| **Data:** | **23-01-2018** |

 PREENCHA O FORMULÁRIO NA TOTALIDADE E EM MAIÚSCULAS **INFORMAÇÃO MÉDICA** **CONFIDENCIAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1) Apelido (s):  | (2) Apelido (s) Anterior (es) | (3) Nº (e Tipo) do documento de identificação:   |
| (4) Nome (s) próprio (s):  | (5) Data de nascimento:   | (6) Sexo Masculino □ Feminino □  | (7) Exame médico: Inicial □ Renovação □Revalidação □ |
|  (8) Estado emissor da licença: | (9) Classe do Certificado Médico que pretende:  1 □ 2 □ 3□ Outro □  | (10) Tipo de licença pretendida (se candidatura inicial):   |
| (11) Lugar e País de nascimento:  | (12) Nacionalidade:  | (13) Ocupação (principal):    |
| (14) Endereço permanente:    Código postal:  País:  Nº Telefone:  Nº Telemóvel:  Correio eletrónico:   | (15) Endereço postal (se diferente):    Código postal:  País: Telefone:  | (16) Empregador:    |
| (17) Último Exame Médico:  Data:Local:   |
| (18) Licença (s) Aeronáutica (s) de que é titular:Tipo: Número:  Estado emissor:   |
| (19) Quaisquer condicionantes/Limitações/variações na Licença/Certificado Médico?   Não □ Sim □ Pormenores:  |   |
| (20) Alguma vez lhe foi recusado, suspenso ou revogado um Certificado Médico por alguma Autoridade de Licenciamento? Não □ Sim □ Data: País: Pormenores:   | (21) Horas totais de voo:    | (22) Horas de voo desde o último exame médico:  |
| (23) Aeronave que voa atualmente:    |
| (24) Algum acidente/incidente aeronáutico desde o último exame médico?  Não □ Sim □ Data: Local: Pormenores:    | (25) Tipo de voo pretendido:   |
| (26) Atividade de voo atual:  Monopiloto □ Multi-piloto □  |

|  |  |
| --- | --- |
| (27) Consome bebidas alcoólicas? Não □ Sim □   Se SIM, indique a quantidade média que bebe numa semana:   | (29) Faz atualmente alguma medicação (mesmo que não tenha sido prescrita por Médico)? Sim □ Não□ Se SIM, diga o nome do (s) medicamento (s), a data em que o (s) iniciou, a (s) dose (s) e o motivo (diagnóstico):       |
| (28) Fuma tabaco?  Nunca □ Já fumei □ Data em que deixou de fumar: Sim □ Tipo, Quantidade e anos de consumo:    |

(30) **Historial clínico: Tem ou alguma vez teve alguma das especificadas**?

 Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 101 Problemas com os olhos/Cirurgia aos olhos  |   |   | 112 Problemas do nariz, da garganta ou da fala  |   |   | 123 Malária ou outra doença tropical |   |   | **História familiar de:**  |   |   |
| 102 Uso de óculos/ lentes de contacto  |   |   | 113 Ferimentos na cabeça ou contusões  |   |   | 124 Teste de VIH positivo  |   |   | 140 Doenças do coração  |   |   |
| 103 Houve alteração da prescrição de óculos/lentes de contacto desde o último exame médico  |   |   | 114 Dores de cabeça frequentes ou severas  |   |   | 125 Doença transmitida por via sexual  |   |   | 141 Tensão Arterial elevada |   |   |
| 104 “Febre dos fenos”/Alergias  |   |   | 115 Tonturas ou sensação de desmaio  |   |   | 126 Internamento em Hospital  |   |   | 142 Colesterol elevado  |   |   |
| 105 Asma/ Doença pulmonar  |   |   | 116 Perda de conhecimento  |   |   | 127 Outras doenças ou ferimentos  |   |   | 143 Epilepsia  |   |   |
| 106 Problemas do coração ou dos vasos sanguíneos  |   |   | 117 Distúrbios neurológicos, epilepsia, derrame, paralisia…  |   |   | 128 Consulta médica desde o último exame médico aeronáutico  |   |   | 144 Doenças mentais  |   |   |
| 107 Tensão arterial alta ou baixa  |   |   | 118 Quaisquer alterações psicológicas/psiquiátricas  |   |   | 129 Recusa de Seguro de vida  |   |   | 145 Diabetes  |   |   |
| 146 Tuberculose |   |   |
| 108 Pedra no rim ou sangue na urina  |   |   | 119 Abuso de álcool/drogas ou outras substâncias  |   |   | 130 Recusa de Licença de voo  |   |   | 147 Alergia, Asma, Eczema  |   |   |
| 148 Doenças hereditárias  |   |   |
| 109 Diabetes ou alterações hormonais  |   |   | 120 Tentativa de suicídio  |   |   | 131 Inaptidão médica de/ou para o Serviço Militar  |   |   | 149 Glaucoma  |   |   |
|   |   |   |
| 110 Problemas de estômago, fígado ou intestinais  |   |   | 121 Alterações do equilíbrio necessitando de medicação   |   |   | 132 Concessão de pensão ou indemnização por acidente ou doença   |   |   |   |   |   |
| **Só para mulheres:**  |   |   |
| 111 Surdez ou problemas do ouvido  |   |   | 122 Anemia ou outras alterações do sangue  |   |   |   |   |   | 150 Alterações ginecológicas e menstruais  |   |   |
| 151 Está grávida?  |   |   |
| (152) Observações**:** Se anteriormente reportado e não tiver havido alterações desde o último exame indique-o aqui:      |
| (31) **Declaração:** Declaro que considerei cuidadosamente as declarações que fiz e que, na melhor das minhas convicções, estão completas e corretas. Declaro ainda que não omiti nenhuma informação relevante ou fiz declarações enganosas. Tenho conhecimento que se tiver efetuado declarações falsas ou incorretas relativamente a este Formulário de Certificação Médica ou se não tiver cedido a necessária informação médica complementar, a Autoridade pode recusar a emissão do Certificado Médico ou retirar o que já me tiver sido concedido, sem prejuízo de qualquer acção no âmbito da legislação nacional. **AUTORIZAÇÃO PARA CEDER A INFORMAÇÃO MÉDICA:** Autorizo a cedência de toda a informação médica contida neste formulário e de algum, ou todos os anexos ao Médico Avaliador da Autoridade Aeronáutica, admitindo que estes documentos são para ser usados como complemento da avaliação médica e que serão/permanecerão propriedade da Autoridade, aos quais eu e o meu Médico poderemos ter acesso, de acordo com a legislação nacional. A confidencialidade médica será sempre respeitada.  ………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………….. Data Assinatura do (a) candidato (a) Assinatura do AME (testemunha)  |

**PÁGINA DE INSTRUÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PARA CERTIFICAÇÃO MÉDICA**

Este Formulário, os restantes relatórios do Exame Médico e os Exames complementares são obrigatórios, de acordo com as normas da ICAO – Anexo 1- e deverão ser concedidos à Autoridade Aeronáutica (Departamento Médico). A confidencialidade médica deverá ser sempre respeitada.

Deve ser o próprio candidato a preencher por completo este Formulário. O preenchimento deve ser efetuado em letras maiúsculas e de forma legível. Deve ser exercida pressão suficiente por forma a serem obtidas cópias legíveis. Se for necessário espaço adicional para resposta a qualquer uma das perguntas, deve utilizar uma folha branca, com a sua assinatura e data. As informações numeradas abaixo referem-se aos títulos indicados no Formulário.

**NOTA:** O preenchimento incompleto do Formulário e/ou de forma ilegível levam à sua recusa. Declarações falsas ou ocultação de dados podem resultar em processo criminal, recusa da candidatura e/ou anulação do Certificado Médico já concedido.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. APELIDO (S)Nome (s) de família | 2. APELIDO (S) ANTERIOR (ES)Se, por alguma razão, alterou o seu apelido/nome de família, indique o (s) apelido (s) anterior (es) |
| 3. NÚMERO E TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: Indique o número e o tipo de documento de identificação que possui | 4. NOME (S) PRÓPRIO (S): O primeiro nome e o nome do meio (máximo de três nomes) |
| 5. DATA DE NASCIMENTO: Especifique na ordem: Dia (DD) Mês (MM) Ano (AAAA).Por exemplo: 22-08-1960. | 6. SEXO: Escolha a opção correspondente. |
| 7. EXAME MÉDICO: Escolha a opção correspondente. NOTA: Escolha “Inicial” caso esta seja a sua primeira candidatura nesta Autoridade, mesmo que já obtenha uma licença similar concedida por outra Autoridade.  | 8. ESTADO EMISSOR DA LICENÇA: Indique o Estado que emitiu a licença anterior. |
| 9. CLASSE DO CERTIFICADO MÉDICO QUE PRETENDE: Escolha a opção correspondente.   | 10. TIPO DE LICENÇA PRETENDIDA (se candidatura inicial)Se esta for a sua primeira candidatura nesta Autoridade, por favor indique o tipo de Licença a que se candidata.  |
| 11. LUGAR E PAÍS DE NASCIMENTO: Estado, cidade/lugar e país de nascimento. | 12. NACIONALIDADE: Indique a sua nacionalidade. |
| 13. OCUPAÇÃO (principal)Indique a sua principal atividade profissional. | 14. ENDEREÇO PERMANENTE: Indique a sua residência principal, com os detalhes do contacto, telefone (s) com indicativo e correio eletrónico. |
| 15. ENDEREÇO POSTAL (se for diferente): Se for relevante e diferente do endereço permanente, indique o endereço postal e o número de telefone. | 16. EMPREGADOR Indique o seu Empregador. |
| 17. ÚLTIMO EXAME MÉDICO: Indique a data (dia/mês/ano) e local onde efetuou o último Exame Médico Aeronáutico. | 18. LICENÇA (S) AERONÁUTICA (S) DE QUE É TITULAR: Indique o tipo de licença (s) de que é titular, bem como o número da (s) sua (s) licença (s) e o Estado Emissor. |
| 19. QUAISQUER CONDICIONANTES/LIMITAÇÕES/VARIAÇÕES NA LICENÇA/CERTIFICADO MÉDICO?Escolha a opção correspondente e forneça os pormenores de quaisquer limitações/variações na sua Licença e/ou Certificado Médico.Por Ex: uso de lentes corretoras. | 20. ALGUMA VEZ LHE FOI RECUSADO, SUSPENSO OU REVOGADO UM CERTIFICADO MÉDICO POR ALGUMA AUTORIDADE DE LICENCIAMENTO?Escolha “sim” se alguma vez teve o seu Certificado Médico recusado, suspenso ou revogado, mesmo que temporariamente. Indique a data, o local (país) e os detalhes e discuta com o seu Médico Aeronáutico. |
| 21.HORAS TOTAIS DE VOO Para Pilotos: indique o número total de horas de voo.Não Pilotos devem preencher “NÃO SE APLICA” | 22. HORAS DE VOO DESDE O ÚLTIMO EXAME MÉDICO: Indique o número de horas de voo desde o último exame médico |
| 23. AERONAVE QUE VOA ACTUALMENTE: Indique o nome da principal Aeronave que voa atualmente.Ex: Boeing 757 | 24. ALGUM ACIDENTE/INCIDENTE AERONÁUTICO DESDE O ÚLTIMO EXAME MÉDICO? Se “sim”, dê pormenores, indicando a data/mês/ano (DD/MM/AA) e o tipo de acidente/incidente ocorrido. |
| 25. TIPO DE VOO PRETENDIDO: (ex. Comercial, instrução…):. | 26. ATIVIDADE DE VOO ACTUAL: escolha a opção correta |
| 27. SE CONSOME BEBIDAS ALCOÓLICAS, INDIQUE A QUANTIDADE CONSUMIDA DURANTE UMA SEMANA EM UNIDADES: NOTA: 1 unidade ~ 12 g álcool; esta quantidade é standard (0.34L) e corresponde a uma garrafa ou lata de cerveja, um copo de vinho, etc. | 28. FUMA TABACO? Escolha a opção correspondente. Os fumadores deverão indicar o tipo de tabaco (ex:cigarro, charuto…) e a quantidade consumida por dia.. |
| 29. FAZ ATUALMENTE ALGUMA MEDICAÇÃO (MESMO QUE NÃO TENHA SIDO PRESCRITA POR MÉDICO)? Se sim indique o nome, a dosagem e a posologia. Inclua também os medicamentos sem prescrição médica. | 30. HISTORIAL CLÍNICO:Todas as especificações indicadas do 101 ao 149 devem ser respondidas com “SIM” ou “NÃO”. Deve responder “SIM” se alguma vez tiver tido o indicado e especificar no ponto 152 (Observações). Todas as questões são importantes do ponto de vista Médico.Itens numerados de 140 a 149 relacionam-se com o historial médico familiar. Itens numerados de 150 a 151 são dirigidos apenas a indivíduos do sexo feminino.Se tiver sido dada a informação no Formulário anterior e se não tiver ocorrido qualquer alteração, poderá indicar “ANTERIORMENTE INFORMADO, SEM ALTERAÇÕES”. No entanto deve preencher “SIM” no campo respectivo.  |
| 31. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA OBTER OU CEDER INFORMAÇÃO CLÍNICA: Não assine nem date esta secção sem que o Médico Examinador Aeronáutico (AME) o indique. O AME assinará como testemunha. |