

भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA
नागर विमानन विभाग
CIVIL AVIATION DEPARTMENT
डाक्टरी प्रमाण पत्र
MEDICAL CERTIFICATE

मैं, नीचे हस्ताक्षर करने वाला
प्रमाणित करता हूँ कि (1) कि जिनका जन्म स्थान
जन्म तारीख है और जो का अधिवासी है लाइसेंस को
प्रारम्भिक रूप से जारी करने/नवीयन के लिए डाक्टरी परीक्षा हो चुकी है और उन्हे उड़ान कर्मीदल के सदस्य की हैसियत से नौकरी करने के योग्य/अयोग्य/अस्थायी
रूप से अयोग्य पाया गया है (2)

I, the undersigned
certify that(1) born at.....
the..... domiciled at..... has
undergone a medical examination for initial issue/renewal of Licence and that he / she has been found fit/unfit/temporarily
unfit to serve in the capacity of a flight crew member as (2)

चिकित्सा अधिकारी की सिफारिशें:

Recommendations of Medical Officer :

इस रिपोर्ट का अन्तिम मूल्यांकन निदेशक, चिकित्सा सेवा, वायुसेना मुख्यालय, नई दिल्ली द्वारा किया जाएगा।

This report is subject to final assessment by the Director of Medical Services. Air Headquarter, New
Delhi..... स्थान पर तारीख को दिया गया।

Given atthe.....day of.....

परीक्षित व्यक्ति के हस्ताक्षर
Signature of person examined

चिकित्सा परीक्षक के हस्ताक्षर
Signature of Medical Examiner
कार्यालय मुहर
Office stamp

(1) नाम, कुल नाम, मुख्य नाम और ईसाई (उप) नाम।

Name, Surname, Principal name/and Christian (sub) names.

(2) उड़ान कर्मीदल के सदस्य के रूप में किस हैसियत से नियुक्त करना है।

Indication of the capacity in which to be employed as flight crew member.

* मैं इसके द्वारा यह घोषित करता हूँ कि उपर्युक्त डाक्टरी परीक्षा की तारीख से लेकर आज तक मेरे साथ कोई दुर्घटना नहीं हुई और न ही
मैं किसी बीमारी या अशक्ता से पीड़ित हुआ।

I hereby declare that since the date of the above medical examination I have not been involved in any
accident, nor suffered from any illness or disability.

स्थान तारीख हस्ताक्षर
Place Date..... Signature.....

* यदि डाक्टरी परीक्षा हुए 30 दिन से अधिक समय हो चुका हो तो उम्मीदवार को उपर्युक्त घोषणा पर अपने हस्ताक्षर करने चाहिए।

* The candidate should sign the above declaration, if more than 30 days have passed since his medical examination.

भारत सरकार

Government of India

नागर विमानन विभाग

Civil Aviation Department

प्रारम्भिक विमानन लाइसेंस जारी करने के लिए डाक्टरी जांच रिपोर्ट

MEDICAL EXAMINATION REPORT FOR INITIAL ISSUE OF AVIATION LICENCES.....लाइसेंस के लिएकोस्थान पर की
गई डाक्टरी जांच/
Medical Examination held at

onforlicence.

(टिप्पणी:- यह फार्म विधिवत् भरकर चिकित्सा अधिकारी द्वारा सहायक महानिदेशक स्वास्थ्य सेवा, प्रशिक्षण और अनुज्ञापन निदेशालय, नागर
विमानन महानिदेशक का कार्यालय, टेक्नीकल सेंटर सफदरजंग हवाई अड्डे के सामने, नई दिल्ली को तुरन्त भेज दिया जाये।(Note:- This form duly completed should be forwarded by the Medical Examiner PROMPTLY to the Assistant
Director General of Medical Services, Directorate of Training and Licensing, Office of the Director.
General of Civil Aviation, Technical Centre, Opposite Safdarjung Airport, New Delhi-110003.)

भाग - I आवेदक द्वारा भरा जाये

PART - I TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT

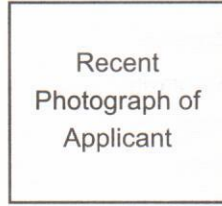
1. पूरा नाम (साफ अक्षरो में) श्री/श्रीमती/कुमारी
Name in full (Block letters) MR/MRS/MISS
2. पी.एम.आर फाईल संख्या
PMR File No.
3. राष्ट्रियता 4. जन्म स्थान
Nationality Place of Birth.....
5. जन्म तिथि 6. व्यवसाय
Date of Birth..... Occupation.....
7. रक्त वर्ग
Blood Group.....
8. वर्तमान पता एवं टेलीफोन नं
Present Address & Telephone No.
9. स्थायी पता
Permanent Address
10. आवेदित लाइसेंस का प्रकार ए.एल.टी.पी./एस.सी.पी./सी.पी. (एच)/एफ.ई./एफ.एन./पी.पी./एस.पी./जी.पी./एफ.आर.टी.ओ./अन्य (उल्लेख करें)
Type of Licence applied of: ALTP/SCP/CP/CP(H)/FE/FN/PP/SP/GP/FRTO/Others (specify)
11. यदि पहले कोई लाइसेंस हो तो उसका प्रकार और संख्या
Type and Number of Licence if held
12. उड़न अनुभव, यदि कोई हो: उड़ा घंटे.....विमान की किस्म
Flying Experience, if any : Flying Hours.....Aircraft type
13. क्या विमान ड्यूटी के लिए आपकी पहले कभी डाक्टरी परीक्षा हुई है? हां/नहीं
Have you previously been examined for aviation duties? Yes/No
- 13.(अ) यदि हां, तो गत गत परीक्षा की तारीख और स्थान
If YES, place and date of last examination.....
- 13.(ब) क्या आप योग्य अथवा अयोग्य घोषित किये गये थे? योग्य/आयोग्य
Were your declared FIT or UNFIT? Fit/Unfit
- 13.(स) यदि आयोग्य हो तो अयोग्यता के कारण
Cause of Unfitness if UNFIT?

प्रतिनियुक्तियां:

15. कोई अन्य सूचना :
Any other information:
16. प्रार्थी की घोषणा :
Applicant's Declaration

मैं, एतद्द्वारा—घोषित करता हूँ कि मेरे द्वारा दिए गए विवरण और उत्तर जहां तक मेरा विश्वास है, पूर्ण और सही है और यह कि मैंने कोई संगत जानकारी छिपाई नहीं है या कोई गलत सूचना नहीं दी है। मैं यह जानता हूँ कि यदि मैंने डाक्टरी प्रमाण—पत्र प्राप्त करने के लिए गलत सूचना देकर धोखा किया तो मैं दण्डनीय अपराध के लिए दोषी माना जाऊंगा। मैं स्वास्थ्य परीक्षा या मूल्यांकन करने वाले चिकित्सा अधिकारी या विभाग को किसी भी ऐसे चिकित्सा अधिकारी या अस्पताल से पत्र व्यवहार करने की सहमति देता हूँ जिससे इस जांच के बाद जारी किए गए प्रमाण—पत्र में उल्लिखित अवधि के दौरान मैंने परामर्श किया है/या परमर्श करूंगा।

I hereby declare that all statements and answers provided by me above are, to the best of my belief, complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statement. I understand, that if I have, with intent to deceive, made any false representations for the purpose of procuring myself a medical certificate, I may be guilty of a criminal's offence, I give my consent to the examining or assessing medical officer or department to communicate with any physician or hospital whom I have consulted or may consult during the period covered by the medical certificate issued following this examination.



आवेदक के हस्ताक्षर :

Signature of Applicant

साक्षी

Witnessed by

(चिकित्सा परीक्षक के हस्ताक्षर, नाम, आर्हतायें और पता)
(Signature, Name, Qualifications and Address of
Medical Examiner)

स्थान :

Place

तारीख :

Date

भाग II- डाक्टरी परीक्षा
PART II MEDICAL EXAMINATION

क. शारीरिक व मानसिक		A. Physical and Mental	
1. पहचान चिह्न : क Identification : A Marks		2. कद (बिना जूतों के) से मीटर Height (without shoes) cm	
3. वजन (बिना कपड़ों के)कि. ग्राम Weight (nude) kg.		4. बॉडी मास इंडेक्स..... Body Mass Index (BMI)	
5. छाती का घेरा: (प्रश्वसन पर सं. मीटर Chest circumference: Inspiration cm		उच्छ्वास परसे. मीटर Expiration cm.	
6. व्यवस्थित परीक्षण सामान्य असामान्य Systemic Examination Normal Abnormal		नाड़ी स्पंदन (बैठे हुए)...../मिनट Pulse (seated)/Min	
त्वचा Skin		रक्तचाप/एम. एम./एच.जी. Blood pressure (recumbent)..... mm/Hg	
लसीका ग्रंथी और लसीका Lymphnodes and Lymphatics		इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम: सामान्य/अपसामान्य/नियत समय नहीं हुआ Electrocardiogram: Normal/Abnormal/Not due*	
शीर्ष चेहरा, गर्दन, खोपड़ी Head, face, neck, scalp		छाती एक्सरे: सामान्य/अपसामान्य* X-ray Chest: Normal/Abnormal*	
उर्ध्व और अधः शाखयें Upper and lower extremities		मूल विश्लेषण: Urine analysis:	
रीढ़ और पेशक काली तंत्र Spine and muscle skeletal system		विशिष्ट गुरुत्व Sp. gravity	
छाती और फेफड़े Chest and lungs		शर्करा Sugar	
हृदय Heart		प्रोटीन Protein	
वाहिका तंत्र Vascular systems		सूक्ष्मदर्शिक Microscopic	
उदरीय और आंतरांग (जिगर, प्लीहा और हरनिया सहित) Abdomen and viscera (Including liver, spleen, hernia)		रक्त Blood	
मूलाधार, गुदा Perineum, anus		हीमोग्लोबिन ग्राम/डी.एल. Hbgm/dl.	
जननमूत्र-तंत्र Genitourinary system		टी.एल.सी. TLC/सी.एम.एम. /CMM	
अन्तःस्रावी तंत्र Endocrine system		डी.एल.सी.पी.....% एल.....% ई.....% DLCP% L.....% E.....%	
तंत्रकीय (सहित क्रियायें सतुलन, समन्वय, संवदे आदि) Neurologic (reflexes, equilibrium, coordination, sense, etc.)		एम.....बी.....% M.....B.....%	
मनोविकार Psychiatric	EEG		
महिलाओं के मामले में In case of women			
वक्ष की जांच : सामान्य/अपसामान्य* Examination of Breasts: Normal/Abnormal*			
गत रजस्राव की तारीख..... Last menstruation date			
श्रोणि परीक्षण: लागू नहीं/सामान्य/अपसामान्य* Pelvic examination: Not applicable/Normal/Abnormal*			

* जो लागू न हो उसे काट दें।

* Delete the inappropriate.

7. अभियुक्तियां (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त शीट का प्रयोग करते हुए अपसामान्य निष्कर्षों का विस्तृत ब्यौरा दें)

Remark (Elaborate (ABNORMAL findings using additional sheets if required) :

दिनांक :

चिकित्सा परीक्षक (हस्ताक्षर नाम अर्हताएं और पता)

Date

Medical Examiner (Signature, Name,
Qualification and Address)

ख. आंख	सामान्य	असामान्य	
B EYE	NORMAL	ABNORMAL	
1. पलकें, आश्रधमणी उपकरण, नेत्रलेष्मला, कोर्निया, तारा, लेन्स, माध्यम, वचना, तनाव Lids, Lachrymal apparatus, conjunctival, cornea, Pupils, lens media, fundi, tension			
2. दृष्टि क्षेत्र (समक्षता परीक्षण द्वारा) Visual fields (By confrontation test)			
3. नेत्रिका गतिशीलता (संबद्ध समानान्तर, संचलन, अक्षिदोलन) Ocular motility (associated parallel movement, nystagmus)			
4. दृष्टि-तीक्ष्णता Visual Acuity			
क. दूर की नजर a. Distant vision	दाई RT	बाई LT	दोनो BOTH
(मानक परीक्षण की किस्म) (standard test type)	बिना चश्मों के Without Glasses	6/....	6/.... 6/....
	चश्मों के साथ With Glasses	6/....	6/.... 6/....
ख. नजदीक की नजर (30-50 से.मी. के परास में एन प्रकार) b. Near vision (N type in the range 30 - 50 cm) बिना चश्मों/चश्मों के साथ एन 5 पढ़ने में सक्षम Able to read N5 without glasses/with glasses*	एन	N	
ग. माध्यमिक नजर (100 से. मी पर एन प्रकार) c. Intermediate vision (N type at 100 cm) बिना चश्मों/चश्मों के साथ 14 पढ़ने में सक्षम Able to read N14 without glasses/with glasses*	एन	N	
घ. स्थान (बिना चश्मों या चश्मों के साथ 30 सें.मी. बिन्दु के आस-पास) d. Accommodation (Near point 30 cm with or without glasses) बिना चश्मों के साथ सें.मी. Without Glasses cm चश्मों के साथ सें.मी. With Glasses cm			

* जो लागू न हो उसे काट दें।

* Delete the inappropriate.

5. बाहरी नेत्रिका पेशियां
External Ocular Muscles

सी. से.मी. एस.सी. से.मी.
C cm. Sc. cm.

- क अभिविदता की शक्ति
Power of convergence

6 एम पर
At 6 m.....

- ख कवर टेस्ट के परिणाम
b. Result of Cover test

33 सें मी० पर
At 33 cm

6 एम पर
At 6

- ग. मेडाक्स राड
C. Maddox Rod

33 सें मी० पर
At 33 cm

6. क्या उम्मीदवार चश्मा पहनता है?
Does the candidate possess glasses?
चश्में का निर्धारण यदि लागू है
Prescription of glasses, if applicable

हां/नहीं
YES/NO

	दाई Right			बाई Left		
	एस S	सी C	ए A	एस S	सी C	ए A
दूर Distant						
नजदीक Near						

- ग. रंग बोध
C. Colour perception

1. स्यूडो इसोक्रोमेटिक (इशीहारा/जापानी) प्रकार की प्लेटों से जब जांच की गई तो सामान्य पाया गया?
Is the normal when tested by pseudoisochromatic (Ishihara/Japanese) type plates?

हां YES	नहीं NO

2. यदि वह अपसामान्य है, तो क्या वह रंगीत लालटेन से विमानन रंजित बतियां दिखाने पर आसानी से अन्तर आ सकता है?
If abnormal, is there any difficulty in distinguishing readily aviation coloured lights displayed by colour lantern?

अभियुक्तियां : (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त शीट का प्रयोग करते हुए, अपसामान्य निष्कर्षों के विस्तृत व्यौरे दें)
Remarks : (Elaborate ABNORMAL findings using additional sheets if required)

दिनांक :
Date :

चिकित्सा परीक्षक (हस्ताक्षर, नाम
अर्हताएं और पता
Medical Examiner (Signature Name,
Qualification and Address

घ. कान, नाक और गला

D. EAR, NOSE AND THROAT

1. बाहरी कान External ears	सामान्य Normal	अपसामान्य Abnormal	2. मध्य कान/ Middle ears क. कर्णपट्ट a. Tympanum ख. इयूस्टेकियन ट्यूब b. Eustachean Tube ग. कर्णमूल c. Mastoid	सामान्य Normal	अपसामान्य Abnormal
3. अन्तः कान Internal ears क. कर्णवर्त a. Cochlear functions ख. पधाण-क्रिया b. Vestibular functions			4. नाक तथा परानासा शिरनाले Nose & Paranasal sinuses (airway, septum, Ployp)		
5. मुख, दन्त, गला Mouth, teeth, throat			6. वाक Speech		

7. श्रवण
Hearing

	सी.वी. (से मी.) CV (cm)	एफ. डब्ल्यू. वी. FWV (cm)
दायां कान RT ear		
बायां कान LT ear		
दानो BOTH		

श्रवण परीक्षण (512)
TUNING FORK TESTS (512)

दायां कान RT ear	परीक्षण Test	बायां कान LT ear
	रिने Rinne's	
	वेबर Weber's	
	ए.बी.सी. ABC	

8. ध्वन्यतामिति / Audiometry

दायां कान (डेसीबल हास) RT ear (db Loss)	आवृत्ति (एच. जैड) Frequencies (Hz)	बायां कान (डेसीबल हास) LT ear (db loss)
	250	
	500	
	1000	
	2000	
	3000	

वाक पटुता परीक्षण बनाम पृष्ठभूमि में 70 डेसीबल
शोर (केवल लागू होने पर)SPEECH INTELLIGIBILITY TEST
VS BACKGROUND 70 dB NOISE
(only if applicable)

	% प्राप्तांक % Score	सामान्य Normal	अपसामान्य Abnormal
दायां कान RT ear			
बायां कान LT ear			

9. अभियुक्तियां (यदि आवश्यक हों तो अतिरिक्त शीट का प्रयोग करते हुए अपसामान्य प्रेक्षणों का विस्तृत ब्यौरा दें।
Remarks (Elaborate ABNORMAL finding using additional sheets if required)

तारीख
Date :

चिकित्सा परीक्षक (हस्ताक्षर, नाम, आर्हताएं व पता)
Medical Examiner (Signature, Name,
Qualifications and Address)

(इ) चिकित्सा परीक्षक/चिकित्सा बोर्ड के प्रेक्षण और सिफारिशें

E. Findings and Recommendations of the Medical Examiner/Medical Board

तारीख
Date :

चिकित्सा परीक्षक/चिकित्सा बोर्ड के अध्यक्ष
(हस्ताक्षर, नाम, आर्हताएं व पता)
Medical Examiner/President, Medical Board
(Signature, Name, Qualifications and Address)

भाग III- महानिदेशक नागर विमानन मुख्यालय का अंतिम मूल्यांकन
PART III - FINAL ASSESSMENT AT THE DGCA HEADQUARTERS

स्थान : नई दिल्ली
Place : New Delhi

तारीख
Date :

संयुक्त निदेशक/निदेशक चिकित्सा सेवा
Jt. Director/Director Medical Services

कृते महानिदेशक नागर विमानन
For Director General of Civil Aviation

चिकित्सा परीक्षक की हिदायतें

INSTRUCTIONS TO THE MEDICAL EXAMINER

1. चिकित्सा परीक्षक सिविल उड़ान लाइसेंस के लिए डाक्टरी अपेक्षाओं से संबंधित मार्गदर्शन के लिए निम्नलिखित प्रकाशनों का हवाला दें :-
For Guidance on the medical requirements for civil flying licences, the Medical Examiner is referred to the following publications :-
क. भारत सरकार का ए.आई.सी. सं. 3/1982
(a) Government of India AIC No. 3/1982
ख. अन्तरराष्ट्रीय नागर विमानन संगठन (1982) के अभिसमय का परिशिष्ट I
(b) Annex I to the Convention of ICAO (1982)
ग. ईकाओं का नागर विमानन औषध मैनुअल (डाक 8984-ए एन/895)
(c) ICAO Manual of Civil Aviation medicine (DOC8984-AN/895).
2. केवल पंजीकृत चिकित्सा व्यवसायी जिनके पास आधुनिक औषध विज्ञान में मान्यताप्राप्त डिग्री है विमानकर्मी लाइसेंस के लिए डाक्टरी परीक्षा आयोजित करने के लिए प्राधिकृत है।
Only Registered Medical Practitioners holding a recognised degree in modern medicine are authorized to conduct medical examinations for aircrew licences.
3. प्रारंभिक और नवनीकरण डाक्टरी परीक्षा के लिए अलग-अलग फार्मों (क्रमशः सी.ए. फार्म-34) पुनः संशोधित) तथा सी.ए. फार्म 34-ए (पुनः संशोधित) का प्रयोग किया जाए।
Separate medical forms are to be used for initial and renewal medical examinations (CA form 34) (Re-Revised) and 34-A (Re-Revised) respectively.
4. फार्म का भाग I उम्मीदवार द्वारा अपने हाथों से भरा जाएगा। चिकित्सा परीक्षक उक्त मामले में उम्मीदवार का मार्ग-दर्शन करेगा और साक्ष्य के रूप में सत्यापित करेगा।
Part I of the form is to be filled up by the applicant in his/her own hand. The Medical Examiner will guide the applicant in the above and also attest as a witness.
5. फार्म का भाग II चिकित्सा परीक्षक द्वारा भरा जाएगा। सभी खाने तथा लागू सही (✓) का चिह्न लगा कर या संक्षिप्त विवरण देते हुए भरे जाएंगे। अपसामान्य निष्कर्षों के बारे में समुचित "अभियुक्तियां" खाने के अन्तर्गत विस्तृत विवरण दिया जाए।
Part II of the form will be filled up by the Medical Examiner. All columns will be filled up legibly with tick (✓) mark of brief description as applicable. Abnormal findings must be described in detail under the appropriate Remarks column.
6. सभी लाइसेंसों के लिए प्रारंभिक परीक्षा के दौरान इलेक्ट्रो कार्डियोग्राफ (ईसीजी) अनिवार्य है। गैर-व्यावसायिक लाइसेंस के लिए 40 वर्ष की आयु और उसके बाद प्रत्येक पांच वर्ष के बाद ईसीजी अवश्य होना चाहिए। व्यावसायिक लाइसेंसों के लिए 30 और 40 वर्ष की आयु में दो वर्षों में एक बार और 40 वर्ष की आयु के बाद वार्षिक ईसीजी होना चाहिए।
Electro cardiographic (ECG) examination is mandatory during the initial medical examination for all licences. For non-commercial licences, ECG must be repeated at the age of 40 years and every 5 years thereafter. For commercial licence, ECG is to be repeated once in two years between 30 and 40 years and annually after the age of 40 years.
7. प्रारंभिक डाक्टरी परीक्षा के दौरान छाती की रेडियोलॉजिकल जांच करना अनिवार्य है और तदरोपरन्तन यदि रोग विषयक लक्षण दिखाई दें।
Radiological examinations of the chest is mandatory during the medical examination and subsequently if clinically indicated.
8. यदि रोग विषयक परीक्षा या ईसीजी द्वारा या अन्य सामान्य जांच के फलस्वरूप अपसामान्य निष्कर्ष का पता चले तो व्यक्ति की सकल क्षमता का व्यापक मूल्यांकन करने के लिए विस्तृत जांच करनी चाहिए।
An abnormal finding whether on clinical examination or by ECG or by any other routine test should be the basis for further detailed investigations for comprehensive evaluation of the overall fitness of the individual.
9. पूर्ण डाक्टरी परीक्षा रिपोर्ट संगत अन्वेषण रिपोर्ट सहित मूल्यांकन और अनुमोदन के लिए महानिदेशक नागर विमानन मुख्यालय को तुरन्त रजिस्ट्री डाक द्वारा भेजी जानी चाहिए।
The completed medical examination report along with reports of relevant investigations must be forwarded PROMPTLY by registered post to the DGCA Headquarters for assessment and approval.