

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

विमानन लाइसेंस नवीकरण करने के लिए डाक्टरी जांच रिपोर्ट

MEDICAL EXAMINATION REPORT FOR RENEWAL 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. धारक लाइसेंस का प्रकार और संख्या.....
Type and Number of licence held

12. विमान जो इस समय उड़ाते हैं
Aircraft presently flown

13. उड़ान अनुभव: कुल घंटे..... विगत परीक्षा के बाद..... घंटे.....
Flying Experience: Total hrs Since last examination hrs.
14. विगत डाक्टरी परीक्षा का स्थान और तारीख
Place and date of last medical examination.
- 14 क. क्या आपको योग्य या अयोग्य घोषित किया गया था? योग्य/अयोग्य
Were you declared Fit or Unfit? FIT/UNFIT
- 14 ख. अयोग्यता का कारण यदि कोई हो
Cause of Unfitness, if any:
- 14 ग. महानिदेशक नागर विमानन के कार्यालय की संदर्भ संख्या और तारीख,
जिसके द्वारा आपकी पिछली चिकित्सा परीक्षा का मूल्यांकन भेजा गया था।
Director General of Civil Aviation's Office reference number
and date through which assessment was conveyed on your last medical examination:
15. पिछली डाक्टरी परीक्षा के बाद क्या आप काम से बाहर रहे हैं अथवा किसी बीमारी या चोट के कारण डाक्टर से परामर्श किया है? यदि हां, तो ब्यौरा दें? हां/नहीं
Since your last medical examination have you lost any time from work, or have you consulted a doctor because of any illness or injury? YES/NO
If YES give details ;

16. जहां तक आपकी जानकारी और विश्वास है, आप शारिरिक और मानसिक रूप से स्वस्थ हैं?
Are you in good physical and mental health as far as you know and believe?

17. क्या आप इस समय कोई दवाई औषधि ले रहे हैं (इन्जेक्शन, गोलियां, कैप्सूल, मिक्सचर, आंख की दवाई, नाक की दवाई आदि)
Do you at present take any drug or medicine (Injections, tablets, capsules, muxtures, eye drops etc.)?

18. प्रार्थी की घोषणा

मैं, एतद्वारा 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 परामर्श करूंगा।

Applicant's Declaration

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 certificates issued following this examination.

स्थान:
Place

तारीख:
Date

आवेदक के हस्ताक्षर
Signature of Applicant

साक्षी:
Witnessed by

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

भाग II- डाक्टर की परीक्षा
PART II MEDICAL EXAMINATION

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

6. अभियुक्तियां (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त शीट का प्रयोग करते हुए अपसामान्य निष्कर्षों का विस्तृत व्यौरा दें)
Remark (Elaborate ABNORMAL findings using additional sheets if required):

दिनांक:
Date:

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

ख. आंख B EYE	सामान्य NORMAL	असामान्य ABNORMAL	
1. पलकों, आश्रधमणी उपकरण, नेत्रश्लेष्मला, कोर्निया, तारा, लेन्स, माध्यम, वछना, तनाव Lids, Lachrymal apparatus, conjunctiva, cornea, Pupils, lens, media, fundi, tension			
2. दृष्टि क्षेत्र (समक्षता परीक्षण द्वारा) Visual fields (By confrontation test)			
3. नेत्रिका गतिशीलता (संबद्ध समानान्तर, अक्षिदोलन) Ocular motility (associated parallel movement, nystagmus)			
4. दृष्टि-तीक्ष्णता Visual Acuity			
क. दूर की नजर (मानक परीक्षण की किस्म) a. Distant vision (standard test type)	दाई RT	बाई LT	दोनों BOTH
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)	एन		
बिना चश्मों/चश्मों के साथ एन 5 पढ़ने में सक्षम Able to read N5 without glasses/with glasses*	N		
ग. माध्यमिक नजर (100 से. मीटर पर एन प्रकार) c. Intermediate vision (N type at 100 cm)	एन		
बिना चश्मों/चश्मों के साथ 14 पढ़ने में सक्षम Able to read N14 without glasses/with glasses*	N		
घ. स्थान (बिना चश्मों या चश्मों के साथ 30 से.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.		

5. बाहरी नेत्रिका पेशियां

External Ocular Muscles

क. अभिविद्रता की शक्ति

सी.

से.मी.

एस.सी.

से.मी.

a. Power of convergence

C

Cm

Sc

cm

ख. कवर स्टेट के परिणाम

6 एम पर

33 सी. एम. पर

At 6 m

At 33 cm

b. Result of Cover test

ग. मंडाक्स राड

6 एम पर

33 सी. एम. पर

At 6 m

At 33 cm

c. Maddox Rod

6 क्या उम्मीदवार चश्मा पहनता है?

हां/नहीं

Does the candidate possess glasses?

YES/NO

चश्मों का निर्धारण यदि लागू है

Prescription of glasses, if applicable

	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

हां
YESनहीं
NO

1. क्या स्यूडोइसोक्रोमेटिक (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?

2. यदि वह अपसामान्य है, तो क्या वह रंगीन लालटेन से विमानन रजित 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 हों 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 और
अर्हताएं और पताMedical Examiner (Signature, Name
Qualification and Address)

घ. कान, नाक और गला

D. EAR, NOSE AND THROAT

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

7. श्रवण Hearing	सी.वी. (सें मी.) CV (cm)	एफ. डब्ल्यू. वी. FWV (cm)	श्रवण परीक्षण (512) TUNING FORK TESTS (512)		
			दायां कान RT ear	परीक्षण Test	बायां कान LT ear
दायां कान RT ear				रिने Rinner's	
बायां कान LT ear				वेबर Weber's	
दोनों BOTH				ए.बी.सी. ABC	

8. श्रव्यतामिति/Audiometry

वाक पटुता परीक्षण बनाम पृष्ठभूमि में 70 बेसीबल शोर (केवल लागू होने पर)

SPEECH INTELLIGIBILITY TEST
VS BACKGROUND 70 dB NOISE
(only if applicable)

दायां कान (डेसीबल हास) RT ear (dB Loss)	आवृत्ति (एच. जैड) Frequencies (Hz)	बायां कान (डेसीबल हास) LT ear (dB loss)	% प्राप्तांक % Score	सामान्य Normal	अपसामान्य Abnormal
	250				
	500				
	1000		दायां कान RT ear		
	2000		बायां कान LT ear		
	3000				

9. अभियुक्तियां (यदि आवश्यक हों तो अतिरिक्त शीट का प्रयोग करते हुए अपसामान्य प्रेक्षणों का विस्तृत व्यौरा दें।
Remarks (Elaborate ABNORMAL findings 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 (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

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

तारीख:
Date

कृते महानिदेशक नागर विमानन
For Director General of Civil Aviation