

ROYAUME DE BELGIQUE

Service public fédéral
Mobilité et Transports

(Timbre)

Direction générale
Transport maritime

CERTIFICAT D'APTITUDE MÉDICALE N°

Données personnelles

Nom, prénom :
Lieu et date de naissance (jour/mois/année) :, .../.../.....
Fonction à bord :
Numéro de carte d'identité :
Numéro de passeport :
Numéro de livret de marin :

Données de l'examen

- Concerne * Examen service ou quart sur le pont
 Examen service ou quart dans la chambre des machines
 Examen membre de l'équipage sans fonction de quart
- Moyens audio-visuels * Obligatoire, notamment:
 Non obligatoire
- Validité* Jusqu'un an après date de délivrance
 Autre, notamment:

Conditions dérogatoires ou limitatives*(ex. fonction particulière, type de navire, zone de navigation): Oui Non

Description :
.....

Soussigné(e), médecin agréé par les agents chargés du contrôle de la navigation désignés à cet effet déclare que monsieur/madame possède l'aptitude médicale conformément à l'article 102 de l'arrêté royal du 20 juillet 1973 portant règlement sur l'inspection maritime.

Recommandations état de vaccination :

Signature

Lieu et date de l'examen (jour/mois/année) :, .../.../..... Valable jusque (jour/mois/année) : .../.../.....

Griffe médecin

Signature médecin

*cochez une case

ROYAUME DE BELQIGUE

Service public fédéral
Mobilité et Transports

(Timbre)

Direction générale
Transport maritime

DECLARATION D'INAPTITUDE MÉDICALE

Données personnelles

Nom, prénom :

Lieu et date de naissance (jour/mois/année) :,/../.....

Fonction à bord :

Numéro carte d'identité :

Numéro passeport :

Numéro livret de marin :

Données d'inaptitude médicale

- La personne concernée ne répond pas à :
- L'aptitude médicale générale
 - Organe visuel
 - Organe auditif
- La personne concernée est :
- Temporairement inapte Ré-inscrire :
 - Provisoirement inapte Ré-inscrire :
 - Inapte permanent

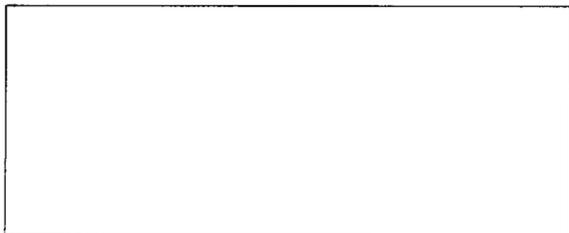
Remarques :

Soussigné(e), médecin agréé par les agents chargés du contrôle de la navigation désignés à cet effet, déclare que monsieur/madame ne possède pas l'aptitude médicale en vertu de l'article 4 de l'annexe XX de l'arrêté royal du 20 juillet 1973 portant règlement sur l'inspection maritime.

Un recours contre la présente déclaration peut être introduite conformément à l'article 5 de l'annexe XX de l'arrêté royal du 20 juillet 1973 portant règlement sur l'inspection maritime dans les 14 jours suivant la date à laquelle la présente déclaration a été communiquée.

Lieu et date de l'examen :

Griffe médecin



Signature médecin :

FORMULAIRE D'EXAMEN

Rédigé conformément à l'article 8 de l'annexe XX de l'arrêté royal du 20 juillet 1973 portant règlement sur l'inspection maritime

Nom, prénom :

Adresse :

Date de naissance (jour/mois/année) : .../.../.....

Sexe : masculin féminin

Nationalité :

Fonction :

Nom et adresse médecin traitant :

Numéro de carte d'identité :

Numéro de passeport :

Numéro de livret de marin :

Compagnie/Instance de formation :

Type de navire (porte-container, navire-citerne, paquebot, bateau de pêche, tout type)

Zone de navigation (ex: navigation côtière, zones tropicales, mondialement) :

.....

Déclaration personnelle de la personne concernée

(si nécessaire, le médecin donne des explications)

Vous-êtes vous jamais plaint ou avez-vous souffert des affectations suivantes?

Affectation	Oui	Non	Affectation	Oui	Non
1 Problèmes de l'œil/vue			26 Troubles génitaux		
2 Problèmes de l'oreille/auditifs			27 Troubles du sommeil		
3 Etre dur d'oreille			28 Stupéfiants/abus d'alcool ou alcoolique		
4 Hypertension			29 Opération chirurgicale		
5 Maladies cardio-vasculaires			30 Epilepsie, attaques ou éclampsies		
6 Chirurgie du cœur			31 Vertiges/évanouissement		
7 Varices			32 Perte de conscience		
8 Asthme / bronchite			33 Problèmes psychiatriques		
9 Troubles sanguins			34 Dépression/surexcitation		
10 Diabète			35 Tentative de suicide		
11 Problèmes thyroïdiens			36 Perte de mémoire		
12 Troubles digestifs			37 Trembler, frémir des mains ou d'une autre partie du corps		
13 Problèmes rénaux			38 Pertes d'équilibre		
14 Problèmes de peau			39 Violents maux de tête		
15 Allergies			40 Problèmes nez-gorge/oreille		

- | | |
|--|--|
| 16 Maladies contagieuses et transmissibles | 41 Problèmes d'ossature ou d'articulations |
| 17 Maladies sexuellement transmissibles | 42 Problèmes de dos |
| 18 Hernie | 43 Amputation |
| 19 Diarrhée | 44 Fractures/luxations |
| 20 Ulcère à l'estomac | 45 Cancer |
| 21 Maladie tropicale (ex. malaria) | 46 Tuberculose |
| 22 Sinusite | 47 Thrombose ou embolie |
| 23 Saignement du nez | 48 Apoplexie |
| 24 Naupathie | 49 Problèmes urinoirs, maladie de vessie |
| 25 Problèmes dentaires | 50 Maladie du rein |

Pour toute réponse positive, veuillez détailler ici :

.....

.....

Autres questions

Oui Non

- 51 Avez-vous été débarqué ou rapatrié pour cause de maladie ?
- 52 Avez-vous déjà été hospitalisé ?
- 53 Avez vous déjà été déclaré inapte au service ?
- 54 Votre certificat d'aptitude médicale a-t-il déjà été soumis à des réserves ou révoqué ?
- 55 Souffrez-vous à votre connaissance d'un problème médical ou de maladies ?
- 56 Vous-sentez vous en bonne santé et apte à exercer les fonctions relevant de votre poste ?
- 57 Buvez-vous de l'alcool, et si « oui », combien ?
- 58 Fumez-vous et si « oui » combien ?
- 59 Vous droguez-vous et si « oui » combien ?
- 60 Êtes-vous allergique à des médicaments ou à certaines poussières?
- 61 Êtes-vous en ce moment enceinte?
- 62 Vous plainez-vous de la menstruation?

Commentaire :

.....

.....

63 Prenez-vous des médicaments avec ou sans ordonnance?

Si vous avez répondu « oui », mentionnez ci-dessous le pourquoi et le(s) dosage(s) :

.....

.....

Par la présente, je certifie avoir rempli en conscience la véracité de la déclaration.

Signature de la personne concernée : _____ Date (jour/mois/année) : .../.../.....

Rempli en présence de : Signature _____

Par la présente, j'autorise toute communication de tous mes précédents données médicales à Dr.(médecin agréé).

Signature de la personne concernée : _____ Date(jour/mois/année) : .../.../.....

Rempli en présence de : Signature : _____

Examen médical

Examen préalable	Examen périodique	Examen complémentaire
Marin sans service de vigie ou de quart	Service du pont de quart	Service des machines avec service de quart

Vision : Examen spécialiste : nécessaire / pas nécessaire

Capacité

Vision sans correction OD OS ODS

Vision avec correction OD OS ODS

Myopie ODS

Champ visuel OD OS

Perception des couleurs : Ishiara

Oui	Non	Suffisant	Insuffisant
-----	-----	-----------	-------------

Divers œil

Aspect externe OD ... OS

Mouvement de l'œil OD ... OS

Réflexe pupillaire OD ... OS

Fundus copie OD ... OS

Autres :

Suffisant	Insuffisant
-----------	-------------

Audition : Examen spécialiste : nécessaire / pas nécessaire

Chuchotement ADm ASm

Toon-audiometrie 500 Hz ADdB ASdB

1000 Hz ADdB ASdB

2000 Hz ADdB ASdB

3000 Hz ADdB ASdB

Moyenne ADdB ASdB

Diverse oreille

Otoscopie AD

AS

Examen médicale

Taille :m Poids :kg Quételet : Pou : Pression sanguine :

Etat psychique et physique générale :

Peau : Ganglion lymphatique : Cou :

Bouche/gorge/nez : Denture : Parole :

Cœur : Poumons :
Abdomen : Ext.: organes génitaux, aines :
Bras : Jambes : Colonne vertébrale :
Motricité/coordination/réflexes :

Examen complémentaire

X-thorax/Cuti-réaction (date) : Exemption :
Urine : Protéine : Glucose : Autres :
Sang :

Conclusion :

Apte :	1 an	autre nt
Inapte :	Provisoire	sous réserve définitif
Zone de limitation :	Sans réserve	autres nt

Nom médecin agréé : Date examen : Signature :
..... ».

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 mai 2006 concernant des brevets pour des gens de mer.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Economie, de l'Energie, du Commerce extérieur et de la Politique scientifique,

M. VERWILGHEN

Le Ministre de la Mobilité,

R. LANDUYT