

# **“Nuova revisione del Regolamento medico di Enac Nuovi requisiti medici per Cabin Crew e Paracadutisti”**

**“Le procedure amministrative  
della nuova modulistica  
aeromedica”**

Antonella Lombardo  
**Aeromedical Section Enac**

# Regolamento Medico di Enac

## Edizione 2 in vigore dal 13 marzo 2014

AGGIORNATA

Sezione Medicina Aeronautica del Portale Enac

AGGIORNATA

- Nuovo modello di certificato medico per allievi paracadutisti e titolari di licenza di paracadutismo
- Modello aggiornato per il diniego di certificato
- Tabella Limitazioni EASA Piloti
- Lettera di informazione al pilota di supporto a pilota con certificato di Classe 2 con limitazione OSL
- Tabella Requisiti minimi periodici per certificati di Classe 1 e 2





CA NEL SITO

erca Avanzata

OK

enac

oporti e Compagnie Aeree

ritti dei Passeggeri

Regolazione per la Sicurezza

Note Informative

Art. 1.2.(a) Reg. (CE) n. 216/2008

EASA Implementation Rules

[Home](#) > [La Regolazione per la Sicurezza](#) > [Medicina Aeronautica](#) > [Modulistica](#)

## Modulistica

Viene di seguito riportata la modulistica relativa alla Medicina Aeronautica suddivisa per:

- [piloti](#)
- [assistenti di volo fino all'8 aprile 2014](#)
- [personale ATC/FIS](#)
- [paracadutisti](#)
- [esaminatori aeromedici \(AME\)](#)

# **Regolamento (UE) 1178/2011**

## **Allegato IV Sottoparte C**

### **Requisiti per l'idoneità medica dell'equipaggio di cabina dall'8 APRILE 2014**

#### **Saranno pubblicati nella Sezione Modulistica:**

- Medical Report CC – Rapporto Medico Equipaggio di Cabina
- Tabella Limitazioni EASA Cabin Crew
- Modello di Diniego del Medical Report



# L'invio della certificazione aeromedica

**Regolamento Air Crew  
Requisito MED.A.025 (4)**

**Regolamento di Enac  
Articolo 7**

**MESSAGGIO Posta Certificata  
Oggetto: ROSSI Ugo (12.2.1972)  
Classe di visita: 1 - 2 - 3**



**Pdf. Certificato aeromedico**

**noreply.ams@pec.enac.gov.it**

**8 APRILE 2014**

**MESSAGGIO Posta Certificata  
Oggetto: VERDI Ada (13.3.1983)  
Numero Attestato Cabin Crew  
Giudizio: IDONEO/NON IDONEO**

**13 MARZO 2014  
Certificati  
Paracadutisti**

**SCUOLA DI  
PARACADUTISMO**



# La procedura per il trasferimento di dati medici presso altre NAA EASA

Richieste di rilascio del Modello **SOLI** (State of Licence Issue)  
(dati Enac)



# Modello di richiesta (Application Form)

## Il consenso informato

(106) Disturbi cardiaci o vascolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Malattie neurologiche: ictus, epilessia, convulsioni, paralisi, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Ricovero in ospedale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Malattie mentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Pressione arteriosa elevata o bassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Disturbi psicologici/psichiatrici di qualsiasi genere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Visita dal proprio medico di famiglia dopo l'ultima visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Calcoli delle vie urinarie o sangue nelle urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Abuso di alcol/farmaci/sostanze stupefacenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Rifiuto alla stipula di assicurazione sulla vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tubercolosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Diabete, malattie endocrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Tentato suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Rifiuto al rilascio di licenza di volo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergia/asma/eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Disturbi gastrici, epatici o intestinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Mal di viaggio che richiede l'uso di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Non idoneità medica al servizio militare o conseguente ad esso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(178) Malattie ereditarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Sordità, malattie dell'orecchio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anemia/ Tratto falcemico/ altre malattie del sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(134) Richiesta di pensione di invalidità o di risarcimento per lesione o malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Osservazioni: Se riportate in precedenza e non si sono verificati cambiamenti, dichiararlo di seguito.

**(31) Dichiarazione:** Con il presente atto dichiaro di aver attentamente considerato le affermazioni fatte sopra e che per ciò che è a mia conoscenza esse sono complete e corrette e che non ho nascosto alcuna informazione rilevante o fatto affermazioni ingannevoli. Sono consapevole che l'aver fornito informazioni false o fuorvianti in relazione all'uso che qui ne viene fatto o l'aver omesso informazioni mediche di supporto può comportare la mancata rilascio del certificato medico da parte dell'Autorità o la revoca di ogni altro certificato medico a me rilasciato, senza pregiudizio di qualsiasi altra azione a mio carico sulla base delle leggi nazionali vigenti.

**Consenso al rilascio di informazioni per uso medico:** Con il presente atto autorizzo al rilascio di tutte le informazioni contenute in questo referto ed in tutti i suoi allegati all'AME e, se necessario, all'ispettore medico dell'Autorità per il rilascio delle licenze aeronautiche; riconoscendo che questi documenti o altri dati archiviati elettronicamente saranno usati per il completamento delle indagini mediche e diverranno e rimarranno di proprietà dell'autorità, ferma restando la possibilità per me o per il mio medico curante di potervi accedere in accordo con le leggi nazionali vigenti. La riservatezza delle informazioni sarà ogni volta rispettata.

.....  
 ..... Data ..... Firma del richiedente ..... Firma dell'AME/Ispettore medico

# Modello di referto (Examination Report)

<b>Acutezza visiva</b>									
(229) Visione a distanza 5/6 metri									
Occhio destro		non corretto		Corretto a		Occhiali		Lenti a contatto	
Occhio sinistro		non corretto		Corretto a					
Entrambi gli occhi		non corretti		Corretti a					
(230) Visione intermedia									
N14 a 100 cm									
Occhio destro		Non corretta		Corretta					
Occhio sinistro									
Entrambi gli occhi									
(231) Visione da vicino									
N5 a 30-50 cm									
Occhio destro		Non corretta		Corretta					
Occhio sinistro									
Entrambi gli occhi									
(232) Occhiali									
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					(233) Lenti a contatto				
Tipo:					Tipo:				
Rifrazione		Sph		Cyl		Axis		Add	
Occhio destro									
Occhio sinistro									
(313) Percezione dei colori									
Tavole pseudoisocromatiche					Tipo: Ishihara (24 Tavole)				
Tavole:					Numero errori:				
(234) Esame udito se (239/241) non eseguito									
Occhio destro		Occhio sinistro							
Prova di conversazione a voce di spalle all'esaminatore (2 metri)		Si		No		Si		No	
Audiometria									
Hz		500		1000		2000		3000	
Destra									
(236) Funzionalità polmonare									
(237) Emoglobina									
FEV <sub>1</sub> /FVC _____ %					_____ g/dl				
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale					<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale				
(235) Analisi urine									
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale									
Glucosio		Proteine		Sangue		Altro			
Referti Allegati						Non eseguito Normale Anormale/Commenti			
(238) ECG									
(239) Audiogramma									
(240) Visita oculistica									
(241) Visita ORL									
(242) Lipidi ematici									
(243) Funzionalità polmonare									
(244) Altro (specificare)									
(247) Conclusioni dell'AME:									
Cognome e Nome del richiedente					Data di nascita		No di riferimento		
.....					.....		.....		
<input type="checkbox"/> Idoneo per Classe ..... <input type="checkbox"/> Classe di certificato medico rilasciato dal sottoscritto (copia allegata) per classe ..... <input type="checkbox"/> Non idoneo per la Classe ..... <input type="checkbox"/> Bisogna consultare l'otorinolaringoiatra. Se si, perché e a chi? (indicare in box 248)									





## European CMO Forum

Home

Authority Medical Sections

Translation Policy

Template for transfer of records  
between states

Alternative AMC's

Meetings

Courses and Conferences

Terms of Reference

## Authority Medical Sections

Contact details of Authority Medical Sections v4.3 19 March 2014

Contact Us

**Grazie per l'attenzione**