



सत्यमेव जयते

GOVERNMENT OF INDIA

OFFICE OF DIRECTOR GENERAL OF CIVIL AVIATION
TECHNICAL CENTRE, OPP SAFDARJANG AIRPORT, NEW DELHI

CIVIL AVIATION REQUIREMENTS
SECTION- 7, FLIGHT CREW STANDARDS
SERIES 'C', PART IV
ISSUE I, _____

EFFECTIVE: FORTHWITH

Subject: Empanelment of Medical Examiner for Conduct of Class 2 Medical Examination.

1. INTRODUCTION

- 1.1 Rule 39B of the Aircraft Rules, 1937 regarding medical standards of flight crew stipulates that no license or rating required for any of the personnel of the aircraft shall be issued or renewed unless the applicant undergoes a medical examination with an approved medical authority and satisfies the medical standards as notified by Director General. Further, CAR Section 7 Series C Part I specifies the approved medical authorities who can conduct the medical examinations.
- 1.2 This CAR deals with requirements for empanelment of medical examiners by DGCA for conducting Class 2 Initial & Renewal medical examination.
- 1.3 This CAR is issued under the provisions of Rules 133A of the Aircraft Rules, 1937.

2. REQUIREMENTS FOR MEDICAL EXAMINERS

- 2.1 The medical examiner shall meet the following qualification requirements:-
 - (i) MBBS

- (ii) Two weeks training in Aviation Medicine at IAM, IAF Bangalore
- (iii) Shall be registered with Medical Council of India/State Medical Council.
- (iv) Shall have the requisite infrastructure and facility to conduct the medical exam (location, place, timings, IT, medical eqpt). Certain reputed consultants in ENT, Ophthalmology, Cardiology, Psychiatry may be co-opted by the examiner. Similarly, diagnostic facilities may also be co-opted. In case of Labs, they must be NABL accredited.
- (v) He/ She must submit NOC from his/her Employer.
- (vi) It will be the responsibility of the examiner to facilitate the medical exam in the least possible time and with minimum inconvenience to the aircrew.

3. MEDICAL FACILITY

- 3.1 The medical facility shall have an office for the medical examiner having a telephone connection with internet and fax (for the purpose of according appointments/interactions with aircrew/DGCA).
- 3.2 The facility shall have place for conduct of medical examination and filling up of necessary forms.
- 3.3 The medical facility may be either owned or taken on rent by medical examiner.

Note: In case the medical examiner is using the medical facility of a renowned hospital then NOC from the hospital permitting to use of their facility for conduct of medical examination during the period of empanelment shall be submitted to DGCA.

- 3.4 Class 2 medical examiner may choose to conduct the entire medical examination by him/herself or co-opt other specialists/hospitals/institutes for ENT/Ophthalmology/ECG/Laboratory tests.
- 3.5 The responsibility of all medical examination conducted shall be on the Class 2 medical examiner who is required to ensure that the medical examinations are done comprehensively and comply with ethical standards. Hence he/she should make the co-opted

specialists aware of the significance of aviation medical examination and its implications. Details of the co-opted specialists shall have to be disclosed by the medical examiner.

- 3.6 The medical facility should have availability of a female attendant who needs to be present during medical examination of all female candidates.

4. EMPANELMENT PROCESS

- 4.1 Information regarding empanelment shall be made available in the 'Public Notices' section of the DGCA website (<http://dgca.nic.in>). The notification would be published every year based on the requirement.
- 4.2 In response to the notification, persons desirous of being empanelled as Class 2 medical examiners by DGCA for conducting Class 2 Initial and Renewal medical examination shall apply on plain paper to 'Director Medical Services (Civil Aviation), Directorate General of Civil Aviation, Medical cell, Opposite Safdarjung Airport, New Delhi-110003'.
- 4.3 The envelope shall be superscribed 'Application for Class 2 Medical Examiner'. Application by Email/Fax shall not be accepted. Applicants should ensure that all requirements mentioned in para 2 have been fulfilled.
- 4.4 Experience of 01 week training in Aviation Medicine will be considered only for Class 2 medical examiners who were empanelled before September 2018.

5 PROFESSIONAL INTERVIEW

- 5.1 Applicants fulfilling qualifications and experience requirements specified in paragraph 2 above, shall be called for a professional interview for empanelment as Class 2 medical examiners by a DGCA Board consisting of a DGCA officer, one representative from O/o DGMS (Air) and DMS (CA).
- 5.2 Applicants shall be expected to have adequate awareness of provisions regulating the Class 2 Initial & Renewal medicals including knowledge of relevant CARs, AIC including ICAO Standards and Recommended Practices.

5.3 Applicants are expected to make their own travel arrangements for attending the interview.

6. APPROVAL

6.1 On completion of successful interview. Class 2 medical examiners are empanelled for a period of 3 years which may be extended for a further period of three years at a time, subject to re-assessment.

7. EXTENSION OF APPROVAL

7.1 Class 2 medical examiners may apply for extension to DGCA after completion of two and half years.

7.2 For extension, the Class 2 medical examiner should have attended atleast one physical & two e-workshops conducted by DGCA in the last 3 years to update their knowledge regarding Aviation Medicine and policies/guidelines of DGCA on medical matters. There should be no case of proficiency related matter or professional misconduct against the medical examiner.

7.3 The application for extension shall be assessed by DMS (CA). Based on the fulfilment of criteria as mentioned in para 7.2 and recommendations of DMS (CA), approval for extension of empanelment will be accorded by DGCA.

8. CONDUCT OF CLASS 2 MEDICAL EXAMINATION

8.1 Guidance material. The Class 2 medical examiner shall be briefed about availability of guidance and reference material along with forms CA 34/34A/35 on DGCA website. A copy of forms CA 34/34A/35 is placed as Appendix A, B & C respectively.

8.2 The following steps will be followed by the Class 2 medical examiners for conduct of Class 2 Initial/Renewal medical examination:-

8.2.1 Accord of appointment. Based on the contact details of the medical examiner on the DGCA website, the applicant shall contact the medical examiner by phone/email. The medical examiner shall grant an appointment after verifying that the medical examination is not due at IAM/AFCME/MEC (E) by virtue of a specific annotation on CA-35/Medical Assessment issued by DGCA.

- 8.2.2 Pilot Medical Record (PMR) from DGCA. The PMR shall not be dispatched for medical examination conducted by Class 2 medical examiners. The applicant must carry a copy of the previous medical assessment issued by DGCA.
- 8.2.3 Documentation. The filling up of forms CA-34/34A/35 by the applicant shall be in presence of the Class 2 medical examiner with a specific reference to history and consequences of withholding relevant information. The identity of the flight crew must be positively established at all points including during conduct of investigations.
- 8.2.4 Fee. The Class 2 medical examiner may collect reasonable charges for specialist consultation(s), administrative and postage/handling charges.
- 8.2.5 Investigations. The mandatory investigations required for renewal of medical are already specified. Additional test may be requested based on finding at clinical examination. Tests will be done at any NABL/NABH accredited laboratory/institution and at DGCA approved Air Force Medical Centres. The laboratory/centre will always establish the identity of the applicants and endorse the same. The Class 2 medical examiner shall give a request for investigation to the applicant. The applicant in turn would get the investigations done at the laboratory/centre after paying fee for the same to the laboratory/centre. The reports would be sent to the Class 2 medical examiner which will be duly endorsed on forms CA 34/34A by him/her.
- 8.2.6 Eye & ENT check. The Class 2 medical examiner may conduct the medical examination themselves or get it done by a co-opted referral service by a reputed specialist.
- 8.2.7 General Medical Examination & filling of necessary forms CA-34/34A/35. This has to be by the Class 2 medical examiner. A copy of CA-35 is to be handed over to the applicant. The applicant should be clearly apprised that the form CA 35 issued by him is only provisional. The final medical assessment will be issued by DGCA only.
- 8.2.8 Dispatch of CA-34/34A/35 to DGCA. The completed form CA 34/34A & 35 along with all investigation reports and opinion in original are to be dispatched to Medical Cell, DGCA by fastest

means and records maintained. The envelope shall not be folded and shall be superscribed 'Class 2 Medical Examination Report'.

- 8.2.9 Medical Record. A copy of the forms CA 34/34A & 35 and investigation reports shall be maintained by the Class 2 medical examiner in hard and/or soft copy for a period of three years. Class 2 medical examiners must ensure confidentiality of medical documents.
- 8.2.10 Reports and returns. A monthly summary of medical examination conducted shall be forwarded to DMS (CA) in the format provided by the DGCA on a monthly basis. A copy of the format is placed at Appendix D.
- 8.2.11 Unfit cases & and incomplete medical examination. The form CA 34/34A and 35 of cases who are declared unfit or where the medical examination is not completed are also to be forwarded to DGCA with recommendations. Cases of unfitness shall be intimated to/discussed with Medical Cell at DGCA on priority. Review for fitness after a recommended period of unfitness shall be done at AFCME/IAM/MEC (East)/DGCA only.

9. GENERAL

- 9.1 Medical Examiners should ensure that applicant holding a Class 1 Medical Assessment cannot undergo a Class 2 medical examination, unless approved by DGCA.
- 9.2 Reference material for the conduct of medical examination are Handbook for DGCA Empanelled Medical Examiners/Examination Centres, Procedure & Training Manual, Civil Aviation Requirements (CAR) Section 7 Series C Part I, Aeronautical Information Circulars and ICAO handbook (latest edition) of Civil Aviation Medicine. These are available on DGCA website (<http://dgca.nic.in>).
- 9.3 Class 2 examiners may carry out tele-consultation on administrative/professional aspects with DMS/JDMS between 1100 and 1730h, on 011-24610629 or through e-mail doctor.dgca@nic.in.
- 9.4 DGCA may carry out audit of medical examiners including record maintenance and inspection of medical facility.

- 9.5 Professional disputes arising during the conduct of medical examination by Class 2 medical examiners shall be resolved as per DGCA policy.
- 9.6 A Class 2 medical examiner empanelment may be withdrawn by DGCA temporarily or permanently depending on nature of professional misconduct/proficiency related issues. Such decisions would be vetted at DGCA.

(B S Bhullar)
Director General Civil Aviation

DRAFT

Appendix A – CA Form 34 (Re-revised)
Appendix B – CA Form 34A (Re-revised)
Appendix C - CA Form 35(Revised)

Appendix D
Appendix D

MONTH WISE STATISTICAL DATA - YEAR

NAME OF THE MEDICAL EXAMINER:

<u>S No</u>	<u>Month</u>	<u>Class I</u>	<u>Class II</u>	<u>Temporary Unfit</u>	<u>Total</u>
01	January				
02	February				
03	March				
04	April				
05	May				
06	June				
07	July				
08	August				
09	September				
10	October				
11	November				
12	December				

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
on forlicence.(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 you declared FIT or UNFIT? Fit/Unfit
- 13.(स) यदि आयोग्य हो तो अयोग्यता के कारण
Cause of Unfitness if UNFIT?

14. क्या आप निम्नलिखित किसी रोग से कभी पीड़ित रहे हैं या अब तक पीड़ित है?

Have you ever suffered from or have you now any of the following?

[उपर्युक्त खाने में निशान (√) लगायें और अभियुक्तियों के अन्तर्गत विस्तार से उल्लेख करें]

[Tick mark (√) appropriate column and elaborate under REMARKS]

	हां YES	नहीं NO	हां YES	नहीं NO
तंत्रिकीय/मानसिक रोग Nervous/mental trouble				
मधुमेह Diabetes				
अनिद्रा रोग या स्वापभ्रमण Insomnia, Sleep walking				
मलेरिया, अन्य उष्ण रोग Malaria, other tropical diseases				
किसी औषध या नशीली वस्तुओं के व्यसन Any drug or narcotic habit				
गुर्दे या मुत्राशय का रोग Kidney or bladder trouble				
अकधक मदिरापान का व्यसन Excessive drinking habit				
सिफिलिस या गोनोमेह Syphilis or gonorrhoea				
आत्महत्या का प्रयास किया Attempted suicide				
स्त्री रोग/प्रसूति समस्या Gynaecological/obstetrical problems				
बेहोशी के दौरों या सिर चक्कर दौरों या कमेड़े Fainting or giddiness, Fits or convulsions				
गठिया जोड़ों का दर्द Rheumatism, joint pains				
सिर की चोट या मस्तिष्काघात Head injury, concussion				
कर्ण रोग या कान बहना Ear trouble, discharge from ears				
घोर सिरदर्द या अधसीसी Severe headaches, migraine				
बहरापन, कान में गूंजन या सिर चकराना Deafness, noises in the ear, dizziness				
समुद्र, कार या गाड़ी में सफर करते हुए उल्टियां आना Sea, Car, Air sickness				
जुखाम या नजले का बार-बार होना, गला खराब होना या टॅसिल शतध Frequent colds, sore throats or tonsillitis				
हृदय रोग Heart trouble				
नेत्र रोग Eye trouble				
उच्च या निम्न रक्त चाप High or Low blood pressure				
अन्धेरे में देखने की कोई कठिनाई Difficulty in seeing in the dark				
धड़कन या सांस फूलना Palpitation or breathlessness				
कोई ऐसी बीमारी, चोट शल्कक्रिया अथवा एक्सरे परीक्षा जिनका ऊपर उल्लेख नहीं किया गया Any other illness, injury operations or investigation not mentioned above				
फेफड़ों का रोग/तपेदिक श्वासनली शोध, न्युमोनिया या प्लूरसी Lung trouble/consumption, bronchitis, pneumonia or pleurisy				
मुधुमेह, अतिरिक्त स्राव, हृदय रोग, तंत्रिकीय रोग, तपेदिक, दौरों पड़ने या आत्महत्या के प्रयास का पारिवारिक इतिहास				
दमा या परागजे ज्वर Asthma, hay fever				
परिवारिक इतिहास Family history of diabetes, haemophilia, heart disease, nervous trouble, tuber- culosis, fits or attempted suicide				
पेट या आंतड़ी रोग Stomach or bowel trouble				
अपच या खाने के बाद दर्द Indigestion or pain after food				

प्रतिनियुक्तियां:

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

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 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	नाड़ी स्पंदन (बैठे हुए)...../मिनट Pulse (seated)/Min	
Systemic Examination	Normal	Abnormal	रक्तचाप/एम. एम./एच.जी. Blood pressure (recumbent)..... mm/Hg	
त्वचा Skin			इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम: सामान्य/अपसामान्य/नियत समय नहीं हुआ Electrocardiogram: Normal/Abnormal/Not due*	
लसीका ग्रंथी और लसीका Lymphnodes and Lymphatics			छाती एक्सरे: सामान्य/अपसामान्य* X-ray Chest: Normal/Abnormal*	
शीर्ष चेहरा, गर्दन, खोपड़ी Head, face, neck, scalp			मूल विश्लेषण: Urine analysis:	
उर्ध्व और अधः शाखयें Upper and lower extremities			विशिष्ट गुरुत्व Sp. gravity	
रीढ़ और पेशक काली तंत्र Spine and muscle skeletal system			शर्करा Sugar	
छाती और फेफड़े Chest and lungs			प्रोटीन Protein	
हृदय Heart			सूक्ष्मदर्शिक Microscopic	
वाहिका तंत्र Vascular systems			रक्त Blood	
उदरीय और आंतरांग (जिगर, प्लीहा और हरनिया सहित) Abdomen and viscera (Including liver, spleen, hernia)			हीमोग्लोबीन ग्राम/डी.एल. Hbgm/dl.	
मूलाधार, गुदा Perineum, anus			टी.एल.सी. TLC/सी.एम.एम. /CMM	
जननमूत्र-तंत्र Genitourinary system			डी.एल.सी.पी.....% एल.....% ई.....% DLCP% L.....% E.....%	
अन्तःस्रावी तंत्र Endocrine system			एम.....बी.....% M.....B.....%	
तंत्रकीय (सहित क्रियायें सतुलन, समन्वय, संवदे आदि) Neurologic (reflexes, equilibrium, cordination, sence, etc.)				
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/....
	चश्मों के साथ With Glasses	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 से मी० पर
At 33 cm

6 एम पर
At 6

- ग. मेडाक्स राड
C. Maddox Rod

33 से 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.

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 विश्लेषण:
	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			हीमोग्लोबीन 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. पलकें, 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

b. Result of Cover test

At 6 m

At 33 cm

ग. मंडाक्स राड

6 एम पर

33 सी. एम. पर

c. Maddox Rod

At 6 m

At 33 cm

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