



République du Gabon
Agence Nationale de l'Aviation Civile
**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT POUR CENTRE EN
MEDECINE AERONAUTIQUE (CEMA)**

DE-PEL-E-25
Amdt : 00
24/11/2016

DEMANDE
RENOUVELLEMENT

Nom complet du Centre

Adresse du centre

Numéro de Téléphone de
Fonction

00 () _____

Spécialités Médicale

Avez-vous déjà été autorisé en
tant que C.E.M.A

OUI

NON

Si OUI, Où et Quand ? Précisez.

FORMATION UNIVERSITAIRE / SUPERIEURE EN MEDECINE (*Medical Education*)

Spécialiste	Nom de l'Université ou école	Ville/Pays	Année d'obtention du diplôme (<i>Year graduated</i>)	Diplôme obtenu (<i>Degree</i>)	Année d'expérience

Les spécialistes exerçants ont-ils une expérience en qualité de pilote ou autre activité liée à l'aviation ? (Do you hold any airman license and experience or any professional activity related to civil aviation ?)

OUI (YES) NON (NO)

Si OUI Précisez ici (if yes specify here) :

Agréments étrangers détenus par le
centre dans le domaine aéronautique :

Séminaires, congrès, réunions et
colloques de
médecine aéronautique et spatiale

dénomination

Fréquence/intervalles

auxquels le centre participe			
Nombre d'expertises pratiquées durant les douze (12) derniers mois :			
Spécialistes inscrit à l'ordre national des Médecins du Gabon ?			
OUI (YES) NON (NO).			
Spécialistes	OUI	NON	N° d'inscription
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
INFORMATION COMPLEMENTAIRES <i>(additional information)</i>			
Questions Si vous cochez OUI, expliquez en détails dans la partie F (Remarques) <i>(if you check "yes", explain in detail under section F (Remarks))</i>		OUI	NON
Est-ce que vous faites ou avez fait l'objet d'une quelconque limitation ou restriction dans la pratique de la médecine ? <i>(Is your license to practice medicine/surgery limited or restricted in any way?)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà été accusé et reconnu coupable d'une violation des lois du Gabon? <i>(Have you ever been charged and convicted of a violation of any Benin law.)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REMARQUES <i>(Remarks)</i>			
DECLARATION SUR L'HONNEUR <i>(CERTIFICATION)</i>			
<i>J'atteste sur l'honneur que les informations ci-dessus fournies et éventuellement annexées sont exactes et je reconnais avoir pris connaissance des règlements aéronautiques communautaire et national applicables aux médecins examinateurs aéronautiques. Je reconnais et accepte d'acquiescer tout équipement médical requis si ma demande est acceptée et ceci, avant de conduire tout examen médical aéronautique.</i>			
Date (jj dd/mm/aaaa yyyy)		Le Demandeur (Nom et Signature): <i>Applicant (name/signature)</i>	
<p>Je soussigné, Docteur, représentant du centre m'engage à :</p> <p>B. Respecter les normes d'aptitude physique et mentale lors des examens médicaux. En cas de doute sur la réglementation applicable, je prends l'avis du Médecin évaluateur de L'ANAC;</p> <p>C. Veiller à la mise à jour des dossiers médicaux ainsi qu'au respect du principe de confidentialité des données médicales ;</p> <p>D. Examiner le personnel de l'aéronautique demandeur d'une attestation médicale de Classe 1, 2 et Classe 3 d'une manière conforme :</p>			

- 1- aux règles communes en matière médicale, et notamment aux règles de déontologie médicale ;
- 2- aux dispositions médicales d'aptitude physique et mentale du personnel détenteur de Licence fixées par la réglementation en vigueur notamment le RAG 3 et le Chapitre 6 de L'Annexe 1 de l'OACI.
- 3- Rédiger, à l'issue de l'examen médical, un rapport comprenant le résultat détaillé de cet examen et tout élément propre à établir l'aptitude physique et mentale du demandeur ;
- 4- Adresser par tout moyen offrant une garantie suffisante et assurant une confidentialité des données, le rapport ainsi établi, au médecin évaluateur, qui l'archive selon les dispositions réglementaires en vigueur, dans le respect des règles relatives au secret médical ;
- 5- Informer le demandeur, en cas d'inaptitude d'un demandeur à un certificat médical, de son droit de recours dans un délai de deux mois ou de demande de dérogation ;
- 6- Notifier au Directeur Général de l'ANAC dans les trente jours tout changement de ma situation notamment au regard des conditions d'agrément ;
- 7- Informer le Directeur Général de l'ANAC de toute procédure disciplinaire dont je fais l'objet devant le conseil de l'ordre des médecins.

NB : Précéder votre signature de la mention : « lu et approuvé »

Canevas type du manuel d'organisation et de procédures en vue de pratiquer les examens d'aptitude physique et mentale

1- ORGANISATION

Organisation financière et administrative du Cabinet démontrant un fonctionnement autonome et indépendant ;
Schéma des relations du Cabinet avec les services compétents de l'ANAC et avec les organisations externes (consultants, hôpitaux, etc.).

2-- MOYENS

Locaux :

Plan de situation générale par rapport à l'environnement ;
Plan détaillé des locaux avec indication de l'échelle utilisée.

Matériels :

Matériels effectivement en service.

Personnel :

Liste nominative du personnel médical/paramédical avec indication de la compétence.

Documents disponibles :

Règlements nationaux (RAG3) ;
Règlements internationaux (Annexe I, Manuel de médecine aéronautique de l'OACI, ...etc.) ;
Publications en matière de médecine aéronautique.

3- PROCEDURES

Déroulement de l'examen médical au respect des normes d'aptitude médicale en vigueur ;
Organisation des examens complémentaires et analyses de laboratoire effectué hors du Cabinet ;
Conditions d'archivage des dossiers médicaux et mode d'accès aux documents dans le respect du secret médical.