

भारत सरकार  
Government of India  
नागर विमानन विभाग  
Civil Aviation Department

विमानन लाइसेंस नवीकरण करने के लिए डाक्टर की जांच रिपोर्ट  
MEDICAL EXAMINATION REPORT FOR RENEWAL OF AVIATION LICENCES

.....लाइसेंस के लिए .....को .....स्थान  
पर की गई डाक्टर की जांच ।

Medical Examination held at .....  
on .....for .....licence.

(टिप्पणी : - यह फार्म विधिवत् भरकर चिकित्सा अधिकारी द्वारा उप निदेशक स्वास्थ्य सेवा, प्रशिक्षण और अनुज्ञापन निदेशालय,  
नागर विमानन महानिदेशक का कार्यालय, टेक्नीकल सेंटर, सफदरजंग हवाई अड्डे के सामने, नई दिल्ली को तुरंत भेज दिया जाये )

(Note :- This form duly completed should be forwarded by the Medical Examiner PROMPTLY to the Deputy  
Director Medical Services, Directorate of Training and Licensing, Office of the Director  
General of Civil Aviation, Technical Centre, opposite Safdarjang Airport, New Delhi -11003).

भाग -I आवेदक द्वारा भरा जायेगा  
PART I --TO BE COMPLETED BY THE APPLICANT

1. पूरा नाम (साफ अक्षरों में ) श्री/श्रीमती/कुमारी .....  
Name in full (Block letters) MR/MRS/Miss
2. राष्ट्रियता .....3. जन्म स्थान .....  
Nationality Place of Birth
4. जन्म तिथि .....5. व्यवसाय .....  
Date of Birth Occupation
6. वर्तमान पता .....  
Present Address.....
7. स्थायी पता .....  
Permanent Address.....
8. आवेदित लाइसेंस का प्रकार ए०एल०टी०पी०/एस०सी०पी०/सी०पी०/सी०पी०एच०/एफ०ई०/एफ०एन०यपी०/एस०पी०/जी०पी०/  
एफ०आर०टी०ओ०/अन्य (उल्लेख करें )  
Type of Licence applied of : ALTP/SCP/CP/CP(H)/FE/FN/PP/SP/GP/ FRTO/ other (specify)
9. धारक लाइसेंस का प्रकार और संख्या .....  
Type and Number of Licence held
10. विमान जो इस समय उड़ते हैं .....  
Aircraft presently flown
11. उड़ान अनुभव : कुल .....घंटे ..... विगत परीक्षा के बाद .....घंटे .....  
Flying Experience : Total hrs. Since last examination hrs.

12. विगत डाक्टररी परीक्षा का स्थान और तारीख .....  
Place and date of last medical examination.
- 12क क्या आपको योग्य या अयोग्य घोषित किया गया था ?  
Were you declared Fit or Unfit ?
- 12ख अयोग्य का कारण यदि कोई हो  
Cause of unfitness, if any :
- 12ग 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 :
13. पिछली डाक्टररी परीक्षा के बाद क्या आप काम से बाहर रहे हैं अथवा किसी वीमारी 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 ? If YES, give details : YES/NO
14. जहां तक आपकी जानकारी और विश्वास हैं, आप शारीरिक और मानसिक रूप से स्वस्थ हैं ?  
Are you in good physical and mental health as far as you know and believe ?
15. क्या आप इस समय कोई दवाई या औषधि ले रहे हैं (इन्जेक्शन, गोलियां, कैप्सूल, मिक्सचर, आँख की दवाई, नाक की दवाई आदि) ?  
Do you at present take any drug or medicine (injections, tablets, capsules, mixtures, eye drops, etc.) ?
16. प्रार्थी की घोषणा  
मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि मेरे द्वारा ऊपर 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 डाक्टररी प्रमाण-पत्र प्राप्त  
करने के लिए गलत सूचना देकर धोका 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 को 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 certificate 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).....  
.....

## PART II -- MEDICAL EXAMINATION

क. शारीरिक व मानसिक

## A. PHYSICAL AND MENTAL

1. कद (बिना जूतों के) ..... सें० मीटर 2. वजन (बिना कपड़ों के) .....कि० ग्राम  
Height (without shoes).. .....cm. Weight (nude) .....Kg.
3. छाती का घेरा : प्रश्न पर .ण्ण ..... सें० मीटर उच्छ्वास पर ..... सें० मीटर  
Chest circumference : Inspiration.....cm. Expiration.....cm.

4.	व्यवस्थित परीक्षण Systemic Examination :	सामान्य Normal	असामान्य Abnormal	
	त्वचा Skin			नाड़ी स्पंदन (बैठे हुए)...../मिनट (व्यायाम के बाद) ...../मिनट सामान्य होने में .....सैकंड Pulse (seated) ...../min (after exercise) ...../min Return to normal in .....Sec.
	लसीका ग्रंथी और लसीका Lymphnodes and Lymphatics			रक्तचाप ...../एम० एम०/एच० जी० Blood pressure ...../mm/Hg
	शीर्ष, चेहरा, गर्दन, खोपड़ी Head, face, neck, scalp			
	उर्ध्व अरिंर अधः शाखायें Upper and lower extremities			
	रीढ़ और पेशक काली तंत्र Spine and musculo skeletal system			परिवलित (recumbent)
	छाती और फेफड़े Chest and lungs			इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम : सामान्य/अपसामान्य/ नियम समय नहीं हुआ *
	हृदय Heart			Electrocardiogram: Normal/Abnormal/Not due*
	वाहिका तंत्र Vascular system			-छाती का एकसरे : सामान्य/अपसामान्य X-Ray Chest : Normal/Abnormal* (if indicated)
	उदरीय और आतराग (जिगर, प्लीहा और हरनिया सहित ) Abdomen and viscera (including liver, spleen, hernia)			मूत्र विश्लेषण : Urinalysis :
	मूलाधार, गुदा Perineum, anus			विशिष्ट गुरुत्व ..... Sp. gravity ..... शर्करा ..... Sugar ..... प्रोटीन ..... Protein ..... सूक्ष्मदर्शिक ..... Microscopic .....
	जननमूत्र --तंत्र Genitourinary system			रक्त : Blood : हिमोग्लोबीन .....ग्राम/डी०एल० Hb .....gm/dl.
	अन्तस्त्रावी तंत्र Endocrine system			टी०एल०सी० ..... /सी० एम० एम० TLC...../CMM
	तंत्रकीय (सहित क्रियायें सतुलन, समन्वय, संवेद, आदि ) Neurologic (reflexes, equilibrium, coordination, sense etc.)			डी०एल०सी०पी० .....% एल.....% ई .....% एम० .....% बी .....%
	मनोविकार, Psychiatric			DLCP.....% L .....% E .....% M .....% B .....%

महिलाओं के मामले में

## In case of women

वक्ष की जांच : सामान्य/अपसामान्य \*

Examination of Breasts : Normal/Abnormal\*

गत रजस्त्राव की तारीख .....

Last menstruation date .....

श्रेणि की परीक्षण : लागू नहीं /सामान्य/अपसामान्य \*

Pelvic examination : Not applicable/Normal/Abnormal \*

5. अभियुक्तियां (यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त शीट का प्रयोग करते हुए अपसामान्य निष्कर्षों का विस्तृत ब्योरा दें) :  
Remarks (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. B.	आंख EYE	सामान्य NORMAL	असामान्य ABNORMAL
1.	पलकें, आश्रधमणी उपकरण, नेत्रश्लेष्मला, कोर्निया, तारा, लेन्स, माध्यम, वचना, 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 संचलन, 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)-

	दाईं RT	बाईं LT	दोनों BOTH
बिना चश्मे के Without Glasses	6/..	6/..	6/..
चश्मे के साथ With glasses	6/..	6/..	6/..

ख. नजदीक की नजर (30-50 सें० मी० के परास में एन प्रकार)

एन .....

b. Near vision (N type in the range 30-50 cm)

N .....

बिना चश्मे/चश्मे के साथ एन ५ पढ़ने में सक्षम

Able to read N5 without glasses/with glasses\*

ग. माध्यमिक नजर (100 सें० मीटर पर एन प्रकार)

एन .....

c. Intermediate vision (N type at 100 cm)

N .....

बिना चश्मे/चश्मे के साथ एन 14 में सक्षम

Able to read N 14 without glasses/with glasses

घ. स्थान (बिना चश्मे या चश्मे के साथ ३० सें० मी० बिन्दु के आसपास)

d. Accommodation (Near point 30cm with or without glasses)

बिना चश्मे के साथ .....सें० मी०

Without glasses .....cm

चश्मे के साथ .....सें० मी०

With glasses .....cm

5. बाहरी नेत्रिका पेशियां :

**External Ocular Muscles :**

क. अभिविद्रता की शक्ति

a. Power of convergence

सी०

C

सें० मी०

cm.

एस० सी०

Sc.

सें०मी

cm.

ख. कवर टेस्ट के परिणाम

b. Result of Cover Test

6 एम पर .....

33 सी० एम० पर .....

At 6 m .....

At 33 cm .....

ग. मेडाक्स राड

c. Maddox Rod

6 एम० पर .....

33 सी० एम० पर .....

At 6 m .....

At 33 cm .....

6. क्या उम्मीदवार चश्मा पहनता है ?

Does the candidate possess glasses ?

चश्मे का निर्धारण यदि लागू है

Prescription of glasses, if applicable

हां/नहीं

YES/NO

	दाईं Right			बाईं Left		
	एस S	सी C	ए A	एस S	सी C	ए A
दूर Distant						
नजदीक Near						

ग. रंग बोध

c. COLOUR PERCEPTION

1. क्या सूखे इसोक्रोमेटिक (इशीहारा/जापानी) प्रकार की प्लेटों से जब जांच की गई तो सामान्य पाया गया ?

Is it normal when tested by pseudoisochromatic (Ishihar/Japanese) type plates ?

2. यदि वह अपसामान्य है, तो क्या वह रंगीन लालटेन से विमानन संज्ञित बतियां दिखाने पर आसानी से अंतर 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 ब्यौरे दें )

Remarks (Elaborate ABNORMAL findings using additional sheets if required)

हां YES	नहीं NO

दिनांक:

Date :

चिकित्सा परीक्षक (हस्ताक्षर, नाम और  
अर्हताएं और पता)

Medical Examiner (Signature, Name,  
Qualification and Address)

- घ. कान, नाक और गला  
D. EAR, NOSE & THROAT

1.	बाहरी कान External ears	सामान्य NORMAL	अपसामान्य ABNORMAL	2. मध्य कान /Middle ears क. कर्णपतट a. Tympanum ख. इयेस्टेकियन ट्यूब b. Eustachean Tube ग. कर्णमूल c. Mastoid	सामान्य NORMAL	अपसामान्य ABNORMAL
3.	अन्तः कान Internal ears  क. कर्णावर्त क्रिया a. Cochlear functions ख. प्रधारण-क्रिया b. Vestibular functions			4. नाक तथा परानासा शिरानाले Nose & Paranasal sinuses (airway, septum, Polyp)		
5.	मुख, दन्त, गला Mouth, teeth, throat			6. वाक Speech		
7.	श्रवण Hearing	सी.वी. (सं.मी.) CV (cm)	एफ.डब्ल्यू.वी. ( सं.मी.) FWV(cm)	श्रवरित्र परीक्षण (512) TUNING FORK TESTS (512)		
	दायां कान RT ear			दायां कान RT ear	परीक्षण Test	बायां कान LT ear
	बायां कान LT ear				रिने Rinne"s	
	दोनों BOTH				वेबर Weber"s ए०वी०सी० ABC	
8.	श्रव्यतामिति Audiometry					

दायां कान (बेसीबल ह्रास) RT ear (dB loss)	आवृत्ति (एच०जेड०) Frequencies (Hz)	बायां कान (बेसीबल ह्रास) LT ear (dB loss)
	250	
	500	
	1000	
	2000	
	3000	
	4000	
	5000	
	6000	

वाक पटुता परीक्षण बनाम पृष्ठभूमि में 70 बेसीबल शोर (केवल लागू होने पर)  
SPEECH INTELLIGIBILITY TEST  
VS BACKGROUND 70 dB NOISE  
(only if applicable)

% प्राप्तंक % 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 findings using additional sheets if required )

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

(ई) चिकित्सा परीक्षक/चिकित्सा बोर्ड के प्रेक्षण और सिफारिशें  
FINDINGS AND RECOMMENDATIONS OF THE MEDICAL EXAMINER/MEDICAL BOARD

तारीख : चिकित्सा परीक्षक/चिकित्सा बोर्ड के अध्यक्ष  
Date : (हस्ताक्षर, नाम, अर्हताएं व पता)  
Medical Examiner/President, Medical Board  
(Signature, Name, Qualifications & 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 :

उप निदेशक चिकित्सा सेवा  
Deputy 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 लाइसेंसों 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. सं० 3/1982  
(a) Government of India AIC No. 3/1982  
ख. अन्तर्राष्ट्रीय नागर विमानन संगठन (1982) के अभिसमय का परिशिष्ट ।  
(b) Annexe I to the convention of ICAO (1982)  
ग. इकाओं का नागर विमानन औषध मैनुअल (डाक० 8984-ए.एन/895) ।  
(c) ICAO Manual of civil Aviation Medicine (DOC 8984 -AN/895).
2. केवल पंजीकृत चिकित्सा व्यावसायी जिनके पास आधुनिक औषध विज्ञान में मान्यता प्राप्त डिग्री है विमानकर्मी लाइसेंसों के लिए डाक्टरी परीक्षा आयोजित करने के लिए प्राधिकृत हैं ।  
Only registered medical practitioners holding a recognised degree in modern medicine are authorised to conduct medical examinations for aircrew licences.
3. प्रारंभिक और नवीकरण डाक्टरी परीक्षा के लिए अलग-अलग फार्मों (क्रमशः सी० ए० फार्म -34), (पुनः संशोधित ) तथा सी० ए० फार्म 34ए (पुनः संशोधित) का प्रयोग किया जाए ।  
Separate medical forms are to be used for initial and renewal medical examinations (CA Forms 34) (Re-Revised) and 34--A (Re-Revised) respectively.
4. फार्म का भाग 1 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 चिन्ह लगा कर या संक्षिप्त विवरण देते हुए भरे जाएंगे । अपसामान्य निष्कर्षों के बारे में समुचित "अभियुक्तियों" खाने के अंतर्गत विस्तृत विवरण दिया जाए ।  
Part II of the form will be filled up by the Medical Examiner. All columns will be filled dup legibly with tick ( ) mark or brief description as applicable. Abnormal findings must be described in detail under the appropriate 'Remarks' column.
6. सभी लाइसेंसों के लिए प्रारम्भिक डाक्टरी परीक्षा के दौरान एलक्ट्रो कार्डियोग्राफ (ई.सी.जी.) अनिवार्य है । गैर-व्यावसायिक लाइसेंसों के लिए 4 वर्ष की वय और उसके बाद प्रत्येक पांच वर्ष के बाद ईसीजी अवश्य होना चाहिए । व्यावसायिक लाइसेंसों के लिए 30 और 40 वर्ष की वय में दो वर्षों में एक बार और 40 वर्ष की वय के बाद वार्षिक ईसीजी होना चाहिए ।  
Electro cardiographic (ECG) examination is mandatory during the initial medical examination for All licences. For non-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 तदोपरंत 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 ई.सी.जी. द्वारा या अन्य सामान्य जांच के फलस्वरूप अपसामान्य निष्कर्ष का पता चले तो व्यक्ति विशेष 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 भेज देनी 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.



