CAAT สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย The Civil Aviation Authority of Thailand	**คำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์** **Application for Medical Certificate** **Form CAAT-AMG-502 (April 2017)**	ติดรูปถ่าย 1" 1" photo here เฉพาะการตรวจครั้งแรก (For 1st application only)

คำแนะนำ Recommendation	1) ให้กรอกข้อความเป็นภาษาอังกฤษหรือทั้งไทยและอังกฤษ (Fill in English or both Thai and English) 2) สำหรับข้อ 11 นั้น ผู้ที่มิใช่นักบิน ให้ใส่จำนวนของประสบการณ์เป็นปี ในช่องชั่วโมงบิน (Regarding item 11, those who are not flight crews shall put years of working experiences in the total flying time.) 3) ข้อ 12 เฉพาะนักบินเท่านั้น (Item 12 is for flight crew only.) 4) ให้ผู้มีสัญชาติไทยกรอกข้อความในหน้า 3 (For Thai nationality, use consent form in page 3) 5) ให้ผู้มีสัญชาติอื่นกรอกข้อความในหน้า 4 (For non-Thai nationality, use consent form in page 4)

1.	สถานที่ตรวจ (Place of examination) .....
2.	ชื่อ-นามสกุล ..... สัญชาติ ..... เพศ (Sex) ☐ ชาย (Male) Name in full ..... Nationality ..... ☐ หญิง (Female)
3.	วัน เดือน ปี เกิด ..... อายุ .....ปี .....เดือน Date of Birth ..... Age .....Years .....Months สถานภาพการสมรส (Marital status) ☐ โสด (Single) ☐ สมรส (Married) ☐ หย่า (Divorced) ☐ แยกทาง (Separated) ☐ ม่าย (Widowed)
4.	ประเภทใบอนุญาตที่ขอ (Type of license applied for) ☐ ครั้งแรก (Initial) ☐ ต่ออายุ (Renew) ☐ นักบินพาณิชย์เอก (ATPL) ☐ นักบินส่วนบุคคล (PPL) ☐ พนักงานควบคุมจราจรทางอากาศ (ATC) ☐ นักบินพาณิชย์ตรี (CPL) ☐ นายช่างประจำอากาศยาน (FE) ☐ นักบินศิษย์การบิน (Student Pilot) ☐ อื่นๆ ระบุ (Other, specify) ..... เลขที่ใบอนุญาต (License No.) .....
5.	ที่อยู่ .... โทร. ..... อีเมล ..... Residence address in Thailand .... Tel. ..... Email .....
6.	อาชีพ ..... สังกัด ..... Occupation ..... Company .....
7.	สถานที่ทำงาน ..... โทร. ..... Company address ..... Tel. .....
8.	สถานที่ติดต่อที่สะดวก (Contact address) ☐ บ้าน (Residence) ☐ ที่ทำงาน (Company) ผู้รับแจ้งกรณีฉุกเฉิน (Contact person in case of emergency) ..... โทร (Tel.) .....
9.	ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพด้านเวชศาสตร์การบินหรือไม่? (Have you ever been examined for aeromedical duties?) ☐ เคย (Yes) ☐ ไม่เคย (No) ถ้าเคย โปรดระบุสถานที่ตรวจและวันที่ตรวจ (If yes, please specify place and date of examination) สถานที่ตรวจ (Place of examination) ..... วันที่ตรวจ (Date of examination) ..... ผลการตรวจ (Result of examination) ☐ สมบูรณ์ (Fit) ☐ ไม่สมบูรณ์ (Unfit) .....
10.	ท่านเคยได้รับการผ่อนผันด้านสุขภาพในการออกใบสำคัญแพทย์หรือไม่ (Has a "medical waiver" ever been issued to you?) ☐ เคย (Yes) ☐ ไม่เคย (No) ถ้าเคย โปรดระบุหมายเลขผ่อนผัน (If yes, please specify No. of waiver) .....
11.	ชั่วโมงบินรวม (Total flying time) ..... Hrs. หกเดือนก่อนหน้านี้ (Last six month) ..... Hrs.
12.	ปัจจุบันทำการบินกับอากาศยานแบบ (Aircraft presently flown) ..... ☐ เครื่องบินกังหันไอพ่น (Jet) ☐ เครื่องบินกังหันใบพัด (Turbo prop) ☐ เฮลิคอปเตอร์ (Helicopter) ☐ เครื่องบินลูกสูบ (Piston engine) ☐ อื่นๆ (Other) สถานภาพการบินในปัจจุบัน (Present flying status) ☐ บินเดี่ยว (Single -pilot) ☐ บินคู่ (Multi-pilot)
13.	ท่านสูบยาสูบหรือไม่? (Do you smoke tobacco?) ☐ ไม่เคย (Never) ☐ เลิกแล้วตั้งแต่ (Stopped since) ..... ☐ ใช่ (Yes) - ระบุชนิดของยาสูบและจำนวนที่สูบต่อวัน (State type and daily amount) .....
14.	ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาอะไรเป็นประจำหรือไม่? (Do you currently use any medication?) ☐ ไม่ (No) ☐ ใช่ (Yes) - ระบุชื่อยา จำนวน วันที่เริ่มใช้ เหตุผล (State drug, dose, date started and reason) .....
15.	ใน 1 สัปดาห์ ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณกี่แก้ว (Alcohol – state average weekly intake) .....

16.	ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ละครั้งเป็นเวลา 20 นาที หรือมากกว่า (Undertaken exercise for at least 3 times per week, each time for 20 minutes or more) ☐ ใช่ (Yes) ☐ ไม่ (No)

ประวัติทางแพทย์ (Medical History)

ท่านเป็นหรือเคยเป็นหรือมีอาการของโรคต่อไปนี้หรือไม่? (ถ้าตอบ เป็น ให้ระบุรายละเอียดในช่องหมายเหตุ) Have you ever had or have you now any of the following symptoms : (elaborate Yes answers under remarks)	เป็น Yes	ไม่เป็น No
17. ปวดศรีษะอย่างรุนแรงหรือบ่อยครั้ง – Frequent or severe headaches		
18. เวียนศรีษะหรือเป็นลม – Dizziness or fainting spells		
19. หมดสติด้วยสาเหตุอะไรก็ตาม – Unconsciousness for any reason		
20. ปัญหาทางตาที่ไม่เกี่ยวกับสายตา - Eye trouble except vision correction		
21. แพ้อากาศ – Hay fever		
22. ปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ – Heart trouble		
23. เคยแน่นหน้าอกตรงกลางนานกว่า 5 นาที เหมือนใจจะขาด ร่วมกับมีเหงื่อออกมาก – Chest pain for more than 5 minutes with breathing difficulty		
24. ปัญหาความดันโลหิต – High or low blood pressure		
25. ปัญหาทางเดินอาหาร – Stomach trouble		
26. เคยตัวเหลืองหรือตาเหลือง – Jaundice		
27. นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะหรือมีเลือดในปัสสาวะ – Kidney stone or blood in urine		
28. น้ำตาลหรือไข่ขาวในปัสสาวะ – Sugar or albumin in urine		
29. เป็นลมบ้าหมูหรือชัก – Epilepsy or fits		
30. ปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท – Nervous system trouble of any kind		
31. เคยมีอาการแขนหรือขาอ่อนแรง – Temporary limbs weakness of extremity		
32. ใช้ยาหรือยาเสพย์ติดเป็นประจำ – Any drug or narcotic habit		
33. พยายามฆ่าตัวตาย – Attempted suicide		
34. น้ำหนักลด 5 กก.หรือมากกว่า ในเวลา 3 เดือน โดยไม่ตั้งใจ – Unintentional weight loss for 5 kgs or more within 3 months		
35. อาการเมารถ เมาเรือ เมาอากาศ ที่ต้องใช้ยารักษา – Motion sickness requiring drugs		
36. ถูกปฏิเสธการทำประกันชีวิต – Rejection for life insurance		
37. เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา – Admission to hospital in the last 2 years		
38. อุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ทางการบิน – Aviation accidents/incidents		
39. อุบัติเหตุอื่นๆ – Other accidents		
40. ปัญหาทางสูตินารีเวช – Gynaecological/Obstetrical conditions		
41. การเจ็บป่วยอื่นๆหรือได้รับการผ่าตัด – Other illnesses		
42. ท่านมั่นใจว่ามีสุขภาพกายและจิตสมบูรณ์ดีหรือไม่ – Are you physically and mentally healthy as far as you know and believe?		
43. ประวัติทางครอบครัวในเรื่อง – Is there any family history of ☐ Diabetes (โรคเบาหวาน) ☐ Cardiovascular disease (โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด) ☐ Mental illness (อาการทางจิต)		

44. เคยต้องโทษทางคดีอาญาหรือไม่ – Have you ever been convicted in a criminal case? ☐ เคย (Yes) ☐ ไม่เคย (No)

หมายเหตุ (Remarks)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่แจ้งไว้ในคำร้องนี้ สมบูรณ์และเป็นจริงทุกประการ และ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่แพทย์เห็นสมควร
(I hereby certify that all statements provided by me in this application form are complete and true in every respect. And I also authorize for laboratory investigations as required.)
ลงชื่อผู้ขอรับการตรวจ/Applicant's Signature _____ วันที่/Date _____

หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือ แอลกอฮอล์

จุดประสงค์ของการตรวจในครั้งนี้ ☐ Pre-employment ☐ Reasonable Suspicion/Cause
☐ Random ☐ Return-to-duty ☐ Follow-up ☐ Post-Accident

ข้าพเจ้า ในฐานะผู้ร้องขอรับใบสำคัญแพทย์ มีความเข้าใจดีว่าการตรวจร่างกายเพื่อขอรับใบสำคัญแพทย์นี้ มีความจำเป็น ต้องได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือแอลกอฮอล์ โดยวิธีการตรวจปัสสาวะ และ/หรือตรวจเลือด และ/หรือตรวจลมหายใจ เพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบทางเวชศาสตร์การบิน ข้าพเจ้าจึง**ยินยอม**ให้ศูนย์/สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน ดำเนินการตรวจดังกล่าวตามที่แพทย์เห็นสมควร

ข้าพเจ้าทราบว่า หากการตรวจครั้งนี้ยืนยันผลการตรวจเป็นบวกคือพบเชื้อหรือสารดังกล่าวในร่างกายของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าไม่ลงชื่อยินยอมเข้ารับการตรวจในหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าปฏิเสธการตรวจตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือข้าพเจ้าไม่สามารถเก็บตัวอย่างจากร่างกายเพื่อนำไปทำการตรวจ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ และข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าการจงใจทำให้ปนเปื้อนหรือปลอมแปลงตัวอย่างจากร่างกายเพื่อการตรวจนี้ให้ถือเสมือนเป็นการปฏิเสธการตรวจ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์

การตรวจนี้มีข้อยกเว้นสำหรับยาที่ใช้เพื่อการรักษาโรคอย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากในรอบ 96 ชั่วโมงที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้รับยาที่อาจมีผลรบกวนการตรวจคัดกรองนี้ ข้าพเจ้าขอชี้แจงรายละเอียดดังนี้ (รายละเอียดอื่นที่จำเป็นอาจเพิ่มเติมเป็นเอกสารแนบได้)

Drugs Name	Dosage	Physician
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยผลการตรวจนี้และข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เป็นการเฉพาะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการตัดสินผลการตรวจ และยินยอมให้มีการประชุมอภิปรายผลการตรวจภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์, ที่ปรึกษาทางกฎหมาย, สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย (กพท.) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ และประเมินสรุปผลการตรวจ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและถูกเปิดเผยจำกัดเฉพาะบุคลากรหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตอย่างเหมาะสมเท่านั้น ผลการตรวจและข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกนำมาใช้เพื่อจุดประสงค์การประเมินผลทางการแพทย์เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจ, ศูนย์หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน และบุคลากรรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจในการร้องขอหรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า ได้จากแพทย์, โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึกหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ที่อาจมีผลกระทบต่อการพิจารณาการตรวจร่างกายเพื่อออกใบสำคัญแพทย์ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเอาผิดหรือเรียกค่าเสียหายกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจครั้งนี้ รวมถึงบุคคลภายนอกที่ให้ข้อมูลทางการแพทย์ใดๆของข้าพเจ้า สำหรับการเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง ตราบเท่าที่การเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง นั้น เป็นไปตามเงื่อนไขที่อธิบายไว้ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและเข้าใจเงื่อนไขทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว และข้าพเจ้าเห็นชอบว่าสำเนาของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้เสมือนต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ยินยอมลงนามในหนังสือฉบับนี้โดยความสมัครใจ มิได้มีการบังคับ ขู่เข็ญ ล่อลวง ให้สัญญา ทำอันตรายต่อร่างกาย, จิตใจ หรือทรัพย์สิน แต่อย่างใด ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้นี้มีความถูกต้องเป็นจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

_____	_____	_____
ลายมือชื่อผู้ร้องขอ	ชื่อผู้ร้องขอ(ตัวบรรจง)	วันที่
_____	_____	_____
ลายมือชื่อพยาน	ชื่อพยาน(ตัวบรรจง)	วันที่

ในกรณีที่ผู้ร้องขอเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) ผู้ปกครอง/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

_____	_____	_____
ลายมือชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม(ตัวบรรจง)	วันที่

คำร้องขอรับใบสำคัญแพทย์
Application for Medical Certificate

Form CAAT-AMG-502 (April 2017)

Applicant Agreement and Consent to HIV, Drugs and/or Alcohol Testing

This test is to be conducted for the purpose of ☐ Pre-employment ☐ Reasonable Suspicion/Cause ☐ Random ☐ Return-to-duty ☐ Follow-up ☐ Post-Accident

I, the applicant, understand that, to comply with the aeromedical rules and regulations, CAAT and AMC/AMO require my authorization to conduct the HIV, Drugs and/or Alcohol Screening Tests. I hereby agree and give my consent to and authorize AMC/AMO to perform the tests deemed necessary to determine the absence or the presence of HIV, Drugs and/or Alcohol in my Urine and/or Blood and/or Breath as specified by the policy of CAAT and/or AMC/AMO.

I understand that the confirmed positive testing results, or my refusal to authorize the tests by signing this form, take the specified tests, or failure to produce a specimen, may result in rejection of issuance or suspension or withdrawal of medical certificate. I also understand that a tampered with or an adulterated specimen will be considered as a refusal to test, possibly resulting in rejection of issuance or suspension or withdrawal of medical certificate.

This policy exempts the use of legally prescribed medications taken under the direction of a licensed physician. I have taken the following psychoactive drugs or substances within the last 96 hours; (Extra information may be provided as an attachment on a separate page if necessary.)

Drugs Name	Dosage	Physician
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I hereby give my consent to release the results of the tests and other medical information to the specified individuals or agents that have the need to know for the purpose of determining the results. I further authorize the results discussions within the group of involving medical personnel, legal advisors, the Civil Aviation Authority of Thailand (CAAT) and its officers responsible for administering the aforementioned tests or evaluating the results thereof and any of them herein. I understand that only duly-authorized individuals and/or agents will have access to information furnished or obtained in connection with the tests; that they will maintain and protect the confidentiality of such information to the greatest extent possible; and that they will share such information only to the extent necessary to process the precise medical evaluation.

I hereby give my permission to SAME/AME, AMC/AMO, involving officers and/or agents to request and receive copies of my medical records, medical examination reports and make any inquiries into details of my health and medical history which possibly affect the determination of medical certificate and request that any physicians, hospitals, staffs and/or organizations assist SAME/AME, AMC/AMO, involving officers and/or agents in their inquiries thereof.

I will hold harmless the AMC/AMO, its involving staffs, the authority and its officers, and any other individuals or agents that provide my medical related information meaning that I will not sue or hold responsible such parties for any alleged harm to me that might result from such testing, including loss of employment/education or any other kind of adverse job/education action that might arise as a result of the tests. I will further hold harmless the parties thereof for any alleged harm to me that might result from the release or use of information or documentation relating to the tests, as long as the release or use of the information is within the scope of this policy and the procedures as explained above.

I have read and understood the above Authorization & Consent in its entirely, and I agree that a copy of this document is as valid as the original. I acknowledge that my signing of this consent form is a voluntary act on my part and that I have not been coerced into signing this document by anyone. I hereby certify that the information given in this form is true and correct.

_____	_____	_____
Applicant's Signature	Applicant's Printed Name	Date
_____	_____	_____
Witness's Signature	Witness's Printed Name	Date

If applicant is a minor (under 20 years old), Parent or Guardian shall fill in the blank space below ;

_____	_____	_____
Parent or Guardian's Signature	Parent or Guardian's Printed Name	Date

สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
The Civil Aviation Authority of Thailand

คำร้องขอต่อใบสำคัญแพทย์
Application for Renewal of Medical Certificate

Form CAAT-AMG-503 (April 2017)

คำแนะนำ **Recommendation**	1. ให้กรอกข้อความเป็นภาษาอังกฤษหรือทั้งไทยและอังกฤษ (Fill in English or both Thai and English) 2. ให้ผู้มีสัญชาติไทยกรอกข้อความในหน้า 2 (For Thai nationality, use consent form in page 2) 3. ให้ผู้มีสัญชาติอื่นกรอกข้อความในหน้า 3 (For non-Thai nationality, use consent form in page 3)

1. สถานที่ตรวจ (Place of examination) .....

2. ชื่อ-นามสกุล ..... Name in full .....

3. สัญชาติ ..... Nationality .....

4. เพศ (Sex) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female)

5. วัน เดือน ปี เกิด ..... Date of Birth .....

6. อายุ .....ปี .....เดือน Age .....Years .....Months

7. ที่อยู่ (Address) ☐ ที่อยู่เดิม (Same) ☐ ที่อยู่ใหม่ เปลี่ยนเป็น (Changed to) .....
.....

8. โทร. (Tel.) .....
อีเมล (Email) .....

9. ประเภทใบอนุญาตที่ขอ (Type of license) ☐ ATPL ☐ CPL ☐ PPL ☐ Student Pilot ☐ ATC ☐ FE ☐ อื่นๆ ระบุ (Other, specify) .....

10. เลขที่ใบอนุญาต (License No.) .....

11. ชั่วโมงบินรวม (Total flying time) ..... Hrs. หกเดือนก่อนหน้านี้ (Last six months) ..... Hrs. แบบเครื่องบิน (A/C Type) .....

12. ระบุข้อมูลการตรวจทางเวชศาสตร์การบินครั้งล่าสุด (Declare information of the latest aeromedical examination)
สถานที่ตรวจ (Place) ..... วันที่ตรวจ (Date) .....
ผลการตรวจ (Result) ☐ สมบูรณ์ (Fit) ☐ ไม่สมบูรณ์ (Unfit) ☐ ข้อจำกัด (Limitation) .....

13. ปัจจุบันท่านจำเป็นต้องได้รับยาอะไรเป็นประจำหรือไม่? (Do you currently use any medication?) ☐ ไม่ (No)
☐ ใช่ (Yes) - ระบุชื่อยา จำนวน เหตุผล (State drug, dose and reason) .....

ประวัติทางแพทย์ (Medical History)

ท่านเป็นหรือเคยเป็นหรือมีอาการของโรคต่อไปนี้หรือไม่? (ถ้าตอบ ใช่ ให้ระบุรายละเอียดในช่องหมายเหตุ)
Have you ever had or have you now any of the following symptoms? Elaborate “Yes” answers under remarks.

สภาวะ (Condition)	ใช่ Yes	ไม่ No	สภาวะ (Condition)	ใช่ Yes	ไม่ No
14.ปวดหัวรุนแรงหรือบ่อยครั้ง Frequent or severe headaches			25.ปัญหาทางระบบประสาท Neurological disorders		
15.เวียนหัวหรือเป็นลม Dizziness or fainting spell			26.อาการวิงเวียน Motion sickness		
16.หมดสติ Unconsciousness			27.ปัญหาทางจิต Mental disorder of any sort		
17.ปัญหาทางตา Eye trouble			28.พยายามฆ่าตัวตาย Suicide attempt		
18.แพ้อากาศหรือภูมิแพ้ Allergy			29.ติดเหล้า Alcohol dependence or abuse		
19.ปัญหาทางระบบทางเดินหายใจหรือปอด Lung disease			30.เสพยาหรือยาเสพติดเป็นประจำ Any drug or narcotic habit		
20.ปัญหาด้านหัวใจหรือเส้นเลือด Heart or vascular trouble			31.เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล Admission to hospital		
21.ความดันเลือดสูงหรือต่ำ High or low blood pressure			32.อุบัติเหตุ/อุบัติการณ์ทางการบิน Aviation accidents/incidents		
22.ปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร Gastrointestinal trouble			33.อุบัติเหตุที่รุนแรง Other serious accidents		
23.ปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ Urinary system problem			34.เคยต้องโทษทางคดีอาญา Any conviction(s)		
24.ปัญหาทางสูตินารีเวช Gynecological/Obstetrical conditions			35.เจ็บป่วยอื่นๆหรือผ่าตัด Other illness, disability or surgery		

หมายเหตุ (Remarks)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่แจ้งไว้ในคำร้องนี้ สมบูรณ์และเป็นจริงทุกประการ และ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจทางห้องปฏิบัติการตามที่แพทย์เห็นสมควร
(I hereby certify that all statements provided by me in this application form are complete and true in every respect. And I also authorize for laboratory investigations as required.)
ลงชื่อผู้ขอรับการตรวจ/Applicant’s Signature _____ วันที่/Date _____

สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
The Civil Aviation Authority of Thailand

คำร้องขอต่อใบสำคัญแพทย์
Application for Renewal of Medical Certificate

Form CAAT-AMG-503 (April 2017)

หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือ แอลกอฮอล์

จุดประสงค์ของการตรวจในครั้งนี้ ☐ Pre-employment ☐ Reasonable Suspicion/Cause
☐ Random ☐ Return-to-duty ☐ Follow-up ☐ Post-Accident

ข้าพเจ้า ในฐานะผู้ร้องขอต่อใบสำคัญแพทย์ มีความเข้าใจดีว่าการตรวจร่างกายเพื่อขอรับใบสำคัญแพทย์นี้ มีความจำเป็น ต้องได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเพื่อดำเนินการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวี, สารเสพติด และ/หรือแอลกอฮอล์ โดยวิธีการตรวจปัสสาวะ และ/หรือตรวจเลือด และ/หรือตรวจลมหายใจ เพื่อให้เป็นไปตามกฎระเบียบทางเวชศาสตร์การบิน ข้าพเจ้าจึง**ยินยอม**ให้ศูนย์/สถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน ดำเนินการตรวจดังกล่าวตามที่แพทย์เห็นสมควร

ข้าพเจ้าทราบว่า หากการตรวจครั้งนี้ยืนยันผลการตรวจเป็นบวกคือพบเชื้อหรือสารดังกล่าวในร่างกายของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าไม่ลงชื่อยินยอมเข้ารับการตรวจในหนังสือฉบับนี้ หรือ ข้าพเจ้าปฏิเสธการตรวจตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือข้าพเจ้าไม่สามารถเก็บตัวอย่างจากร่างกายเพื่อนำไปทำการตรวจ อาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์ และข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าการจงใจทำให้ปนเปื้อนหรือปลอมแปลงตัวอย่างจากร่างกายเพื่อการตรวจนี้ให้ถือเสมือนเป็นการปฏิเสธการตรวจ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการปฏิเสธการออก/หรือสั่งพักใช้/หรือสั่งเพิกถอนใบสำคัญแพทย์

การตรวจนี้มีข้อยกเว้นสำหรับยาที่ใช้เพื่อการรักษาโรคอย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งสั่งจ่ายโดยแพทย์ผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากในรอบ 96 ชั่วโมงที่ผ่านมาข้าพเจ้าได้รับยาที่อาจมีผลรบกวนการตรวจคัดกรองนี้ ข้าพเจ้าขอชี้แจงรายละเอียดดังนี้ (รายละเอียดอื่นที่จำเป็นอาจเพิ่มเติมเป็นเอกสารแนบได้)

Drugs Name	Dosage	Physician
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ข้าพเจ้ายินยอมให้มีการเปิดเผยผลการตรวจนี้และข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นให้เป็นการเฉพาะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องและมีความจำเป็นในการตัดสินผลการตรวจ และยินยอมให้มีการประชุมอภิปรายผลการตรวจภายในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์, ที่ปรึกษาทางกฎหมาย, สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย (กพท.) และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการ และประเมินสรุปผลการตรวจ ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยและถูกเปิดเผยจำกัดเฉพาะบุคลากรหรือหน่วยงานที่ได้รับอนุญาตอย่างเหมาะสมเท่านั้น ผลการตรวจและข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกนำมาใช้เพื่อจุดประสงค์การประเมินผลทางการแพทย์เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจ, ศูนย์หรือสถานที่ตรวจเวชศาสตร์การบิน และบุคลากรรวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจในการร้องขอหรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาลและผลการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า ได้จากแพทย์, โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีการบันทึกหรือทราบข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ที่อาจมีผลกระทบต่อการพิจารณาการตรวจร่างกายเพื่อออกใบสำคัญแพทย์ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง

ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ใช้สิทธิเรียกร้อง ฟ้องร้อง คัดค้าน ยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้ หรือดำเนินการทางกฎหมายใดๆ เพื่อเอาผิดหรือเรียกค่าเสียหายกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการตรวจครั้งนี้ รวมถึงบุคคลภายนอกที่ให้ข้อมูลทางการแพทย์ใดๆของข้าพเจ้า สำหรับการเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง ตราบเท่าที่การเปิดเผย และ/หรือการใช้ข้อมูล, เอกสารที่เกี่ยวข้อง นั้น เป็นไปตามเงื่อนไขที่อธิบายไว้ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและเข้าใจเงื่อนไขทั้งหมดเรียบร้อยแล้ว และข้าพเจ้าเห็นชอบว่าสำเนาของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้เสมือนต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ยินยอมลงนามในหนังสือฉบับนี้โดยความสมัครใจ มิได้มีการบังคับ ขู่เข็ญ ล่อลวง ให้สัญญา ทำอันตรายต่อร่างกาย, จิตใจ หรือทรัพย์สิน แต่อย่างใด ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้นี้มีความถูกต้องเป็นจริงทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

_____	_____	_____
ลายมือชื่อผู้ร้องขอ	ชื่อผู้ร้องขอ(ตัวบรรจง)	วันที่
_____	_____	_____
ลายมือชื่อพยาน	ชื่อพยาน(ตัวบรรจง)	วันที่

ในกรณีที่ผู้ร้องขอเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) ผู้ปกครอง/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

_____	_____	_____
ลายมือชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ชื่อผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม(ตัวบรรจง)	วันที่

คำร้องขอต่อใบสำคัญแพทย์

Application for Renewal of Medical Certificate

Form CAAT-AMG-503 (April 2017)

Applicant Agreement and Consent to HIV, Drugs and/or Alcohol Testing

This test is to be conducted for the purpose of ☐ Pre-employment ☐ Reasonable Suspicion/Cause
☐ Random ☐ Return-to-duty ☐ Follow-up ☐ Post-Accident

I, the applicant, understand that, to comply with the aeromedical rules and regulations, CAAT and AMC/AMO require my authorization to conduct the HIV, Drugs and/or Alcohol Screening Tests. I hereby agree and give my consent to and authorize AMC/AMO to perform the tests deemed necessary to determine the absence or the presence of HIV, Drugs and/or Alcohol in my Urine and/or Blood and/or Breath as specified by the policy of CAAT and/or AMC/AMO.

I understand that the confirmed positive testing results, or my refusal to authorize the tests by signing this form, take the specified tests, or failure to produce a specimen, may result in rejection of issuance or suspension or withdrawal of medical certificate. I also understand that a tampered with or an adulterated specimen will be considered as a refusal to test, possibly resulting in rejection of issuance or suspension or withdrawal of medical certificate.

This policy exempts the use of legally prescribed medications taken under the direction of a licensed physician. I have taken the following psychoactive drugs or substances within the last 96 hours; (Extra information may be provided as an attachment on a separate page if necessary.)

Drugs Name	Dosage	Physician
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I hereby give my consent to release the results of the tests and other medical information to the specified individuals or agents that have the need to know for the purpose of determining the results. I further authorize the results discussions within the group of involving medical personnel, legal advisors, the Civil Aviation Authority of Thailand (CAAT) and its officers responsible for administering the aforementioned tests or evaluating the results thereof and any of them herein. I understand that only duly-authorized individuals and/or agents will have access to information furnished or obtained in connection with the tests; that they will maintain and protect the confidentiality of such information to the greatest extent possible; and that they will share such information only to the extent necessary to process the precise medical evaluation.

I hereby give my permission to SAME/AME, AMC/AMO, involving officers and/or agents to request and receive copies of my medical records, medical examination reports and make any inquiries into details of my health and medical history which possibly affect the determination of medical certificate and request that any physicians, hospitals, staffs and/or organizations assist SAME/AME, AMC/AMO, involving officers and/or agents in their inquiries thereof.

I will hold harmless the AMC/AMO, its involving staffs, the authority and its officers, and any other individuals or agents that provide my medical related information meaning that I will not sue or hold responsible such parties for any alleged harm to me that might result from such testing, including loss of employment/education or any other kind of adverse job/education action that might arise as a result of the tests. I will further hold harmless the parties thereof for any alleged harm to me that might result from the release or use of information or documentation relating to the tests, as long as the release or use of the information is within the scope of this policy and the procedures as explained above.

I have read and understood the above Authorization & Consent in its entirely, and I agree that a copy of this document is as valid as the original. I acknowledge that my signing of this consent form is a voluntary act on my part and that I have not been coerced into signing this document by anyone. I hereby certify that the information given in this form is true and correct.

_____	_____	_____
Applicant's Signature	Applicant's Printed Name	Date
_____	_____	_____
Witness's Signature	Witness's Printed Name	Date

If applicant is a minor (under 20 years old), Parent or Guardian shall fill in the blank space below ;

_____	_____	_____
Parent or Guardian's Signature	Parent or Guardian's Printed Name	Date

สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
The Civil Aviation Authority of Thailand

MEDICAL EXAMINATION REPORT

Form CAAT-AMG-504 (April 2017)

1. Applicant Name : Nationality :

2. Height cm | 3. Weight kg | 4. Body Build : ☐ Slender ☐ Medium ☐ Heavy ☐ Obese

Clinical Examination	Normal	Abnormal	Clinical Examination	Normal	Abnormal
5. Head, face, neck and scalp			18. Abdomen and viscera (including hernia)		
6. Nose			19. Anus and rectum (haemorrhoids, fistula, prostate)		
7. Sinuses					
8. Mouth and Throat			20. Endocrine system		
9. Ears, general (int. & ext. canals)			21. G-U system		
10. Drums (perforation)			22. Upper and lower extremities (strength, range of motion)		
11. Eyes, general; visual fields					
12. Ophthalmoscopic			23. spine, other musculoskeletal		
13. Pupils (equality and reaction)			24. identifying body marks, scars, tattoos		
14. ocular motility (associated parallel movement, nystagmus)			25. Skin and lymphatics		
			26. Neurologic (tendon reflexes, equilibrium sense, co-ordination, etc.)		
15. Lungs and chest					
16. Heart (size, rhythm, sounds)			27. Psychiatric (specify personality deviation)		
17. vascular system			28. General systemic		

29. Blood pressure (sit) ..... mmHg Pulse ..... /min

30. Hearing – Voice Test ☐ Pass ☐ Fail

31. Audiometry	500	1000	2000	3000	4000
- Right ear dB					
- Left ear dB					

32. Heterophoria Eso:..... Exo:.....
Right Hyper..... Left Hyper.....

36. Color vision ☐ Pass ☐ Fail

37. Visual Field ☐ Normal ☐ Abnormal

33. Distant Vision
Right 20/ Corrected to 20/
Left 20/ Corrected to 20/
Both 20/ Corrected to 20/

34. Near Vision
Right 20/ Corrected to 20/
Left 20/ Corrected to 20/
Both 20/ Corrected to 20/

35. Intermediate Vision
Right 20/ Corrected to 20/
Left 20/ Corrected to 20/
Both 20/ Corrected to 20/

38. Other Tests ..... ☐ HIV Test ..... ☐ Drugs/Alc. Test .....

LABORATORY EXAMINATIONS

39. Blood analysis : Bl.gr. ..... Rh. .....
Hb ..... V.P.C. ..... FBS .....
Chol. ..... Trig. ..... HDL ..... LDL .....
SGOT ..... SGPT ..... Alk.phos. .....
BUN ..... Creat. ..... Uric .....
VDRL ..... HIV ..... HBsAg .....

40. Urinalysis : Sugar ..... Albumin .....
Microscopic .....

41. ECG : ☐ Normal ☐ Abnormal

42. Chest X-ray : ☐ Normal ☐ Abnormal

43. Authorized medical examiner's recommendation : Applicant is ☐ Fit class ..... ☐ Unfit class .....
☐ Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom? .....
44. Comments, restrictions, limitations : .....

45. MEDICAL EXAMINER'S DECLARATION

I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

Place of examination | Date | Authorized medical examiner's signature and AME number

This form is to be sealed and sent to AMG, CAAT, Lak Si Plaza, Khamphaeng Phet 6 Rd., Talat Bang Khen, Lak Si, Bangkok 10210

Page 4

เงื่อนไข Condition

1. ใบสำคัญแพทย์ฉบับนี้จะต้องแนบติดไว้กับใบอนุญาตผู้ประจำหน้าที่
   This certificate shall be attached to the holder licence.
2. ผู้ถือใบสำคัญแพทย์ จะต้องไม่ปฏิบัติหน้าที่ในระหว่างที่เจ็บป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่ใบสำคัญแพทย์ฉบับนี้ ยังมีผลบังคับใช้
   The holder shall not exercise the privilege of the licence during the period of physical deficiency which may occur while the certificate is valid.
3. ผู้ถือใบสำคัญแพทย์ต้องแจ้งให้แพทย์ผู้ตรวจและออกใบสำคัญแพทย์ซึ่งได้รับการแต่งตั้งทราบถึงการเสื่อมสมรรถภาพใดๆ หรือการเจ็บป่วย ซึ่งมีระยะเวลาติดต่อกันเกิน 14 วันขึ้นไป เพื่อให้ทำการตรวจทางแพทย์ก่อนจะกลับมาปฏิบัติหน้าที่ตามสิทธิในใบอนุญาต
   The holder is required to notify designated Aviation Medical Examiner of any incapacitating injury or illness in excess of 14 consecutive days for medical reexamination before return to exercise the privilege of the licence.
4. ผู้ถือใบสำคัญแพทย์จะต้องไม่ปกปิดรายละเอียดเกี่ยวกับข้อบกพร่องทางร่างกายหรือโรคที่เป็น
   The holder shall not withhold any information of his bodily defects of diseases.

FORM : CAAT-AMG-505

ประเทศไทย
THAILAND

ใบสำคัญแพทย์
MEDICAL CERTIFICATE
สำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทย
THE CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THAILAND

Page 2

ออกให้ตามพระราชบัญญัติการเดินอากาศ พ.ศ. 2497 และระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ และตามบทบัญญัติแห่งอนุสัญญาว่าด้วยการบินพลเรือนระหว่างประเทศ ทำขึ้น ณ เมืองชิคาโก เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2487

Issued in accordance with the provisions of the Air Navigation Act B.E. 2497 and regulations issued thereunder and with the provisions of the Conventions on the International Civil Aviation signed at Chicago on 7th December 1944

ชื่อ/Full name .....

ที่อยู่/Address .....

.....

วัน เดือน ปีเกิด/Date of birth .....

สัญชาติ/Nationality .....

ใบอนุญาตเลขที่/Licence number .....

พบว่ามีมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับประเภท
Meet the medical standards class .....

ลงชื่อผู้ถือใบสำคัญแพทย์ .....
Holder's signature

Page 3

เงื่อนไขและข้อจำกัด (Condition & Limitation)

ลงชื่อนายแพทย์ผู้ตรวจ ..... AME No. .....
AME signature

สถานที่ตรวจ .....
Place of examination

วันที่ตรวจ .....
Date of examination

มีผลใช้บังคับถึง .....
Valid until