

بسمه تعالی

با سلام و احترام خدمت شما فراگیر عزیز شما می توانید از طریق فایل راهنمای زیر امور مربوط به تست پزشکی خود را انجام دهید.



-  Airmen Inquiry
-  Aircraft Technicians Inquiry
-  Free Applicant

۲- نام کاربری کد ملی شما می باشد

سامانه صدور گواهینامه سازمان هواپیمایی کشوری

نام کاربری:

رمز عبور:



۳- رمز عبور شما کد ارسالی از آموزشگاه خواهد بود.

شماره امنیتی:



تعطیلی امتحانات مازول های فنی از تاریخ 29 تیر تا 3 مرداد

به اطلاع متقاضیان محترم آزمون های مازول های فنی پایه (بسیک) می رساند به علت تصمیم ستاد مقابله با کرونا کشور در خصوص تعطیلی کلیه مراکز و ادارات دولتی و اعلام معاونت محترم استاندارد پرواز، امتحانات مذکور که برای تاریخ های 29 تیر تا 3 مرداد ماه 1400 برنامه ریزی شده بودند تا اطلاع بعدی به تعویق می افتند. لازم به ذکر است امتحانات دیگر در صورت عدم تمدید تعطیلی بدون تغییر تاریخ به فوت خود باقی هستند.

دوشنبه 28 تیر 1400

لیست های مفید 

راهنمای درخواست انتقال 

List of Part-66 Type ratings 

تاریخ اطلاعات پایه کارنابل/عقبات گزارشات مدیریت کاربران پشتیبانی

درخواست صدور گواهینامه پزشکی

نام و نام خانوادگی متقاضی:	Applicant Name
نام شرکت:	Company Name
کد رهگیری درخواست:	Request Track Code
تاریخ درخواست:	Request Date

9/12/2021 12:47 1400/06/21

متقاضی محترم در صورت صحت اطلاعات بالا، برای ادامه روند کاری از لینک زیر استفاده نمایید

۴- بعد از وارد نمودن نام کاربری و رمز عبور جهت فرایند ثبت نام ادامه را بزنید

بسمه تعالی

ادامه : پرداخت الکترونیک

کلینیک انتخاب شده : پلی کلینیک تخصصی تابان

جواب بروز رسانی ثبت

۵- و در ادامه بر روی تب بروزرسانی کلیک کنید.

<p>سازمان هواپیمایی کشوری / فرم عضویت فرم درخواست گواهی پزشکی این صفحه را کامل کنید و برای تکمیل قسمت های مشخص شده به دستورالعمل ها مراجعه کنید.</p> <p>CIVIL AVIATION ADMINISTRATION/MEMBER STATE APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE Complete this page fully and in block capitals - refer to instruction for completion.</p> <p>MEDICAL IN CONFIDENCE</p>			
<p>(1) کشور صادر کننده گواهینامه: State of licence issue ایران</p>		<p>(2) نوع گواهینامه درخواستی: medical certificate applied for Class 1 <input checked="" type="radio"/> Class 2 <input type="radio"/> Class 3 <input type="radio"/></p>	
<p>(3) نام خانوادگی: Surname</p>		<p>(4) نام خانوادگی قبلی: Previous surname(s)</p>	
<p>(5) نام: Forename(s)</p>		<p>(6) تاریخ تولد: Date of birth(dd/mm/yyyy) 17/10/1980</p>	
<p>(7) جنسیت: Sex مرد (Male) <input checked="" type="radio"/> زن (Female) <input type="radio"/></p>		<p>(8) محل تولد: Place and country of birth Esfahan</p>	
<p>(9) ملیت: Nationality Iranian</p>		<p>(10) آدرس دائم: Permanent address کشور: Iran شماره تلفن: Telephone NO. شماره تلفن همراه: Mobile NO. پست الکترونیک: E-mail</p>	
<p>(11) آدرس پستی (اگر متفاوت است): Postal address (if different) کشور: Country شماره تلفن: Telephone NO.</p>		<p>(12) وضعیت درخواست: Application درخواست اول <input checked="" type="radio"/> اعتبارسنجی مجدد/تجدید نظر <input type="radio"/> Revalidation/Renewal</p>	
<p>(13) کد پیگیری: Reference number</p>		<p>(14) نوع گواهینامه درخواستی: Type of licence applied for ATPL</p>	
<p>(15) شغل (اصلی): Occupation (principal)</p>		<p>(16) نام کارفرما: Employer</p>	
<p>(17) آخرین معاینه پزشکی هوایی: Last aero-medical examination تاریخ: Date مکان: Place</p>		<p>۷- در رابطه با پاکس شماره ۱۴ نوع گواهینامه در خواستی شما CPL می باشد. با توجه به اینکه بر نمودن فیلد های ستاره دار الزامی می باشد در رابطه با پاکس شماره ۱۵ و ۱۶ شغل و نام کارفرما را وارد نمایید و در صورتی که دانشجو می باشید شغل را دانشجو و کارفرما را نام دانشگاه ذکر نمایید</p>	
<p>(18) آخرین گواهینامه اخذ شده: Licence(s) held (type) شماره (های) گواهینامه (ها): Licence(s) number(s) ۸- در صورتی که شما داوطلبی می باشد که برای اول جهت اخذ مدیکال اقدام نموده اید در رابطه با پاکس شماره ۱۹ و ۲۰ خیر را بزنید و در رابطه با مورد ۲۱ و ۲۲ عدد صفر را وارد نمایید</p>		<p>(19) هر گونه محدودیت موجود گواهینامه پزشکی: Any limitations on licence(s)/medical certificate held خیر <input type="radio"/> جزئیات: Details <input type="radio"/></p>	
<p>(20) آیا تا کنون به دلیل پزشکی از دفتر گواهینامه ها منع خدمتی پیدا کرده اید و یا در کمیسیون پزشکی هوایی، پرونده شما مورد بررسی قرار گرفته است؟ Have you ever had a medical certificate denied, suspended or revoked or has your case been reviewed by the Aviation Medical Commission? خیر <input type="radio"/> بله <input type="radio"/></p>		<p>(21) جمع ساعات پرواز: Flight time total ساعت: Hrs n/a</p>	
<p>(22) جمع ساعات پرواز از آخرین معاینه پزشکی هوایی: Flight time since last aero-medical examination ساعت: Hrs n/a</p>		<p>کشور: Country تاریخ: Date جزئیات: Details</p>	

بسمه تعالی

<p>*(23) نوع با کلاس هواپیمایی که در حال حاضر با آن پرواز می کنید: Aircraft class/type(s) currently flown</p> <p>n/a <input type="text"/></p>	
<p>*(25) نوع پرواز مورد نظر: Type of flying intended</p> <p>n/a <input type="text"/></p>	<p>*(24) آیا پس از آخرین معاینه پزشکی ساخته یا حادثه هوایی داشته اید؟ Any aviation accident or reported incident since last aero-medical examination?</p> <p>خیر <input type="radio"/> n/a بله <input type="radio"/></p> <p>مکان: <input type="text"/> تاریخ: <input type="text"/></p> <p>Place Date</p> <p>جزئیات: Details</p> <p><input type="text"/></p>
<p>(26) فعالیت پروازی فعلی: Current pilot activity</p> <p><input type="radio"/> تک خلبان <input type="radio"/> چند خلبان Multi-pilot single-pilot</p> <p>فعالیت ATCO فعلی: Current pilot activity</p> <p>ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/></p>	<p>*(27) آیا الکل مصرف می کنید؟ Do you drink alcohol?</p> <p>خیر <input type="radio"/> No بله <input type="radio"/> Yes</p> <p>اگر بله، مقدار: <input type="text"/></p> <p>If yes, amount</p>
<p>*(28) آیا اخیراً دارو مصرف کرده اید؟ Do you currently use any medication?</p> <p>خیر <input type="radio"/> No بله <input type="radio"/> Yes</p> <p>وضعیت دارویی، دوز، تاریخ شروع و دلیل: State medication, dose, date started and why:</p> <p><input type="text"/></p>	<p>*(29) آیا دخانیات مصرف می کنید؟ Do you smoke tobacco?</p> <p>خیر هرگز <input type="radio"/> No, never خیر ترک کرده ام <input type="radio"/> No, stopped بله <input type="radio"/> Yes</p> <p>تاریخ ترک: <input type="text"/> نوع و مقدار: <input type="text"/></p> <p>Date State type and amount</p>

۹- در صورتی که داوطلبی می باشید که برای مرتبه اول جهت اخذ مدارک اقدام می نمایید در خصوص موارد ۲۳ و ۲۵ گزینه n/a را انتخاب نمایید و در خصوص مورد ۲۴ روی گزینه خیر کلیک کنید موارد ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ را با دقت بخوانید و گزینه مربوطه را انتخاب نمایید

سابقه پزشکی و عمومی: اگر هر کدام از موارد زیر را دارید یا داشته اید لطفاً علامت بزنید؟ اگر خواب بله بود، جزئیات آن را در قسمت ملاحظات اضافه کنید(30)
General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? (please tick). If yes, give details in the remarks section.

خیر No	بله Yes	سوابق خانوادگی:	خیر No	بله Yes	خیر No	بله Yes	خیر No	بله Yes
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	170 بیماری قلبی Heart disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	112 اختلال در بینی، گلو یا گفتار Nose, throat or speech disorder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	101 بیماری یا جراحی چشم Eye trouble/eye operation
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	171 فشار خون بالا High blood Pressure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	113 ضربه و جراحت سر Head injury or concussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	102 استفاده از عینک یا لنز spectacles and/or contact lenses ever worn
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	172 کلسترول بالا High cholesterol level	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	114 سردردهای شدید یا مکرر Frequent or severe headaches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	103 تغییر عینک/لنز از آخرین معاینه پزشکی Spectacle/contact lens prescriptions change since last medical exam
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	173 صرع Epilepsy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	115 سرگیجه یا غش Dizziness or fainting spells	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	104 تب بویجه یا سایر آلرژی ها Hay fever, other allergy
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	174 بیماری های اعصاب و روان Mental illness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	116 عدم هوشیاری به هر دلیل Unconsciousness for any reason	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	105 آسم، بیماری ریوی Asthma, lung disease
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	175 دیابت (مرض قند) Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	117 اختلالات عصبی، سکته، صرع، تشنج، فلج و غیره Neurological disorders: stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	106 مشکلات قلبی یا عروقی Heart or vascular trouble
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	176 سل Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	118 هر نوع مشکل روانی / روانپزشکی Psychological/Psychiatric trouble of any sort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	107 فشار خون بالا یا پایین High or low blood pressure
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	177 آلرژی / آسم / اگزما Allergy/asthma/eczema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	129 بستری در بیمارستان Admission to hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	178 اختلالات ارثی Inherited disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	123 بیماری های گرمسیری از جمله مالاریا Malaria or other tropical disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	124 بیماری HIV مثبت A positive HIV test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	125 بیماری های مقاربتی sexually transmitted disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	126 اختلال خواب / سندرم آپنه Sleep Disorder/apnoea syndrome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	127 بیماری های اسکلتی/ عضلانی Musculoskeletal illness/impairment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	128 سایر بیماریها یا اعمال جراحی (هرگونه عمل جراحی حتی زیبایی) Any other illness or injury (Any surgery, even cosmetic)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

بسمه تعالی

بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	177 آلرژی / آسم / اگزما Allergy/athma/eczema	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	130 معاینه پزشکی از آخرین آزمایش پزشکی پرواز Visit to medical practitioner since last aero-medical examination	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	118 هر نوع مشکل روانی روانپزشکی Psychological/Psychiatric trouble of any sort	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	106 مشکلات قلبی یا عروقی Heart or vascular trouble
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	178 اختلالات ارثی Inherited disorders	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	131 مردود شدن در معاینات بیمه عمر Refusal of life insurance	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	119 اعتیاد به الکل/مواد مخدر یا سایر مواد Alcohol, drugs, substance abuse	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	107 فشار خون بالا یا پایین High or low blood pressure
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	179 آب سیاه Glaucoma	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	132 مردود شدن از مجوز پزشکی حیطانی/ مراقبت پرواز Refusal of pilot/ATCO licence	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	120 اقدام به خودکشی Attempted suicide	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	108 سنگ کلیه یا وجود خون در ادرار Kidney stone or blood in urine
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مخصوص زنان: Female only: 150 مشکلات زنان، قاعدگی Gynecological, menstrual problems	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	133 معافیت از خدمت نظام وظیفه به علت پزشکی Medical rejection from or for military service	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	121 بیماری حرکتی نیارمند دارو Motion sickness requiring medication	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	109 دیابت (بیماری قند)، اختلالات هورمونی Diabetes, hormone disorder
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	151 آیا باردار هستید؟ Are you Pregnant?	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	134 دریافت حق بیمه به دلیل جراحی یا بیماری Award of pension compensation for injury or illness	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	122 کم خونی، اختلالات خونی Anaemia/sicde cell trait/other blood disorders	بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	110 بیماری های کبدی، معده ای یا روده ای Stomach, liver or intestinal trouble
بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>		بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>		بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>		بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	111 اختلال شنوایی Deafness, ear disorder

(30) **ملاحظات:** وضعیت (اگر سابقاً داشته‌اید و بعد از آن تغییری نکرده است):
Remarks: If previously reported and no change since, so state

از مورد ۱۰۱ تا مورد ۱۵۱ را یا دقت خواننده و فیلد های مربوطه را پر نمایید

(30) **ملاحظات:** وضعیت (اگر سابقاً داشته‌اید و بعد از آن تغییری نکرده است):
Remarks: If previously reported and no change since, so state

بدینوسیله ضمن گواهی صحت مندرجات فوق تأیید می‌نمایم مقررات و محدودیتها به اینجانب ابلاغ شده و متعهد می‌شوم که هر نوع بیماری مصرف دارو و تغییر در وضعیت جسمی و روانی خود را که با اختیارات مندرج در گواهینامه اینجانب تداخل نماید، بلافاصله به سازمان اطلاع داده و از انجام وظایف محوله اجتناب نمایم. ضمناً عواقب هرگونه اطلاعات نادرست ارائه شده و عوارض قانونی بر آن بر عهده اینجانب می‌باشد. پزشکان، بیمارستان ها، درمانگاه های معتمد و مسئولین پزشکی سازمان هواپیمایی کشوری می‌توانند بطور رسمی سوابق پزشکی مرا در اختیار مقام پزشکی سازمان هواپیمایی کشوری قرار دهند.

Declaration: i hereby declare that i have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that i have not withheld any relevant information or made any misleading statements. i understand that if i have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.
CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: i hereby authorise the release of all information contained in this report and any of all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the licensing authority, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that i or physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all time.

در پایان بعد از پر نمودن فیلد های ستاره دار روی گزینه ثبت کلیک نمایید.اطلاعات شما در سامانه ثبت و جهت انجام امور مالی شما باید در بالای صفحه روی پاکس پرداخت الکترونیکی (پاکس آبی رنگ) کلیک نمایید و پرداخت خود را انجام دهید توجه داشته باشید بعد از پرداخت شماره پیگیری را نزد خود نگهداری نمایید و جهت اخذ نوبت یا کلینیک مربوطه تماس حاصل نمایید

امضای متقاضی
Signature of applicant

امضای AME (ریس پزشکی)
Signature AME/(medical assessor)

