

ANEXO III

1. CONDIÇÕES MÉDICAS A VERIFICAR E MODELO DE AUTORIZAÇÃO MÉDICA

Condições que são sempre **IMPOSSIBILITADORAS (IMP)** do voo, que fazem com que o voo seja **REMARCADO (REM)** ou que exigem obrigatoriamente uma **OPINIÃO ESPECIALIZADA (OE)** da comissão de voo parabólico

CARDÍACA	Insuficiência cardíaca (IMP) . Doença coronária (OE) . Qualquer distúrbio de ritmo ou de sistema de condução cardíaco (OE) . ECG anormal (OE) . Evento de doença ou bypass coronário há menos de 6 meses (IMP) , ou mais (OE) . Valvulopatia mais significativa (IMP) , menos significativa (OE) Tensão arterial elevada mal controlada (IMP) Novo tratamento de controlo da tensão arterial (REM) Bloqueadores beta não-cardioseletivos (IMP) Acumulação de riscos cardiovasculares (OE)
Pulmonar	Falha respiratória (IMP) Asma descontrolada (IMP) História de pneumotórax espontâneo não tratado por sínfise pleural (IMP)
Endócrina	Diabetes Tipo 1 ou diabetes Tipo 2 bem controlado, sem complicações cardiovasculares (OE)
Otorrino	História ou patologia atual do ouvido interno, em especial qualquer síndrome vestibular ou vestibulopatia (IMP) Perda de audição grave que impeça o candidato de ouvir as mensagens da tripulação (OE)
Ortopédica- Reumatológica	Qualquer deficiência motora (OE) Qualquer condição que prejudique a densidade óssea (IMP) Patologia osteoarticular evolutiva, ou deficiência que possa ser agravada por uma queda (OE)
Oftalmológica	Deficiência visual grave que possa comprometer uma evacuação urgente (SO e pessoa de acompanhamento requerida) História de miopia grave ou de descolamento da retina (OE)
Hematológica	Anomalia hemorrágica, tratamento anticoagulante (IMP)
Psiquiátrica	Psicose (IMP) Deficiência mental que comprometa uma evacuação urgente (IMP) Ansiedade debilitante, ataques de pânico, claustrofobia, medo de voar, medo de alturas (IMP)
Neurológica	Epilepsia (IMP) , doenças neurológicas debilitantes (IMP) História de ataque ou acidente isquémico transitório (OE) Ataques de enxaqueca (REM)
Gastroenterológica	Úlcera péptica não cicatrizada (IMP) Doença de refluxo gastroesofágico não tratada ou persistente em tratamento (IMP) Hérnia grande (IMP)
Outras	Qualquer cirurgia recente (<3 meses) (OE) . Alcoolismo (IMP) . Consumo de drogas (IMP) Utilização de medicamentos com efeitos adversos incomodativos (IMP ou REM) Gravidez (REM)



2. CERTIFICADO DE APTIDÃO MÉDICA PARA VOO PARABÓLICO

Nota: O certificado será considerado não válido se as caixas A1 ou A2; B1 ou B2; C1 ou C2 ou C3 e D1 ou D2 forem deixadas em branco.

Data programada do voo parabólico:

Nome e apelido do doente:

Data de nascimento: (DD/MM/AAAA), **Local de nascimento**

Eu, abaixo-assinado, Dr.

Endereço

- A1** médico assistente (quando esta pessoa não tiver designado nenhum médico assistente, certifico que a tenho observado regularmente durante mais de um ano, ou [para os países onde isto é possível] certifico que tive acesso ao registo médico completo desta pessoa)
- A2** Médico Examinador Autorizado, Titular da aprovação do Aeromedical Examiner N°

Certifico que o meu doente:

- B1** teve um eletrocardiograma de rotina normal, obtido há menos de um mês em: / /
- B2** [se com idade igual ou superior a 65 anos] teve um ECG com prova de esforço normal, obtido há menos de um mês em: / /
- C1** está APTO para participar nesta atividade.
O candidato envia apenas este certificado **(sem ECG, sem Apêndice1)** para anne-clotilde.duchesne@novespace.fr

Sob reserva de alteração do seu estado de saúde, que anularia este certificado, este certificado para voo parabólico é válido durante dois anos para doentes com menos de 40 anos à data do exame, e durante um ano para doentes com mais de 40 anos à data do exame.

- C2** está NÃO APTO para participar nesta atividade.
O candidato envia apenas este certificado **(sem ECG, sem Apêndice1)** para anne-clotilde.duchesne@novespace.fr
- C3** Não posso decidir sobre a aptidão médica do meu doente e solicito uma avaliação da comissão médica de voo parabólico *(ver Tabela na página 5 dizendo respeito a patologias que requerem o parecer da comissão)*. **Para este efeito, eu preencho o Apêndice 1 e entrego-o ao meu doente para ser enviado com este certificado, com o ECG, e qualquer documento médico útil para a avaliação, para o endereço postal indicado no Apêndice 1**



CONCURSO ASTRONAUTA POR UM DIA
REGULAMENTO

- D2 não tem contraindicações para medicamentos contra enjoo com potenciais efeitos anticolinérgicos ou anti-histamínicos que possam ser fornecidos pela Novespace.
- D3 tem contraindicações para medicamentos contra enjoo com potenciais efeitos anticolinérgicos ou anti-histamínicos (**exemplo: glaucoma, adenoma da próstata**).

LOCAL E DATA (DD/MM/AAAAA):	RESERVADO
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:	



2.1 Formulário de resumo médico

APÊNDICE 1: FORMULÁRIO DE RESUMO MÉDICO [a preencher pelo médico apenas se for solicitada uma avaliação - caixa C3 do certificado]		
Nome próprio:	Apelido:	Data do voo parabólico previsto:
Data de nascimento:	Número de telefone:	Prática desportiva habitual:
Altura (cm):	Peso (kg):	
Endereço:	Email:	
Condição médica passada ou atual que motiva a questão da aptidão para voo parabólico:		
Detalhes acerca desta condição médica:		
Resultados de exames adicionais (parecer especializado, se disponível):		
Outras condições médicas passadas ou atuais conhecidas. Observações:		
Tratamento atual:	Carimbo do médico, Email, número de telefone:	

