

CERTIFICACION MEDICA MATERNO-FETAL MENSUAL PARA PERSONAL AERONAUTICO DE VUELO

A.- DATOS PERSONAL DE VUELO Y AUXILIAR DE CABINA

1.- NOMBRES

2.- APELLIDOS PATER/MATER

3.- NACIMIENTO FECHA:

<input type="text"/>	años					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------

4.- LICENCIA AERO N° POSTULA OBTENCION

5.- TIPO DE LICENCIA

<input type="checkbox"/>	PTLA	<input type="checkbox"/>	PILOTO COMERCIAL
<input type="checkbox"/>	AUX. DE CABINA	<input type="checkbox"/>	ALUMNO PILOTO
<input type="checkbox"/>	PILOTO PRIVADO	<input type="checkbox"/>	OPERADOR ULTRALIVIANO

6.- OPORTUNIDAD LICENCIA

<input type="checkbox"/>	REVALIDACION
<input type="checkbox"/>	RENOVACION
<input type="checkbox"/>	CONVALIDACION

7.- PERTENENCIA

<input type="checkbox"/>	LINEA AEREA	<input type="checkbox"/>	TRABAJO AEREO
<input type="checkbox"/>	INSTITUCION	<input type="checkbox"/>	CLUB AEREO
<input type="checkbox"/>	PRIVADO	<input type="checkbox"/>	ESCUELA DE VUELO

8.- FECHA INICIO EMBARAZO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

9.- FECHA NOTIFICA EMBARAZO A D.G.A.C.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

10.- FIRMA PERSONAL _____

RUN

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------

NOTA 1: ACAPITE "A" DEBE SER LLENADO POR EL PERSONAL DE VUELO - TRIPULANTE .

B.- INFORME PARA EL MEDICO GINECO - OBSTETRA

- 11.- PRINCIPALES RIESGOS CON PRESION DE CABINA (ALTURA DE CABINA") DE 8000 PIES O 2438 M. SOBRE EL NIVEL DEL MAR.
 - ✂ CAIDA 20,6% P. BAROMÉTRICA
 - ✂ CAIDA 10 % SATURACION DE HEMOGLOBINA
 - ✂ AUMENTO 25% VOLUMEN DE GASES
- 12.- RIESGOS ASOCIADOS POR: AIRE 10-20 20% HUMEDAD, HIPOXIA, PERDIDA DE PRESION DE CABINA, HIPERVENTILACIÓN, RADIACIÓN CÓSMICA Y CONFINAMIENTO.
- 13.- PERDIDA DE RITMOS BIOLÓGICOS EN VUELOS PROLONGADOS TRANSMERIDIANOS, INCLUIDO EL CICLO SUEÑO / VIGILIA Y JET LAG.
- 14.- EVENTOS QUE PUDEN OCURRIR EN VUELO: TURBULENCIAS, DESVIACIONES, EMERGENCIAS EVACUACIÓN PÁNICO DE PASAJEROS, TRANSGRESIONES A LA SEGURIDAD AÉREA, APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
- 15.- RECOMENDACIÓN PARA EL PERSONAL FEMENINO EMBARAZADA: NO VOLAR EN RUTAS HACIA FOCO DE EPIDEMIA NOTIFICADA POR LA OMS (COMO SARS INFLUENCIA AVIAR), O DE ENDEMIAS (COMO MALARIA, DENGUE, FIEBRE AMARILLA U OTRAS CON VECTOR MOSQUITOS). ASI TAMBIEN, DE NO VOLAR SI SE ES PORTADOR VIH (+) CON RIESGO DE CONTAGIO TRANSPLACENTARIO
- 16.- RIESGOS BIOLÓGICOS PROPIOS DEL EMBARAZO QUE EN VUELO DEBERÁN MANEJARSE APROPIADAMENTE: MAREOS, VÓMITO, LIPOTIMIA, NÁUSEAS, LUMBAGO, DOLOR PELVIANO, EDEMA EXTREMIDADES, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA E INTOLERANCIA A LA DESATURACION DE HEMOGLOBINA BAJO 7,5 g/dl EN SANGRE.
- 17.- LA DISMINUCION DE APTITUD PSICO-FISICA PARA TRIPULANTES EMBARAZADAS SE HACE PATENTE AL INICIO DE LA SEMANA VEINTICINCO (25) DE LA GESTACION ANTES, DEPENDERA DE LA TOTAL NORMALIDAD DE UN EMBARAZO UTERINO SIMPLE, EN RELACION A LOS TIEMPOS DE VUELO.

TOMO CONOCIMIENTO: FIRMA _____

R U N

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTA 2: ACÁPITE "B" ILUSTRA INFORMACION BÁSICA PARA EL MÉDICO GINECO-OBSTETRA TRATANTE Y LA CONSTANCIA SE REQUIERE SÓLO PARA LA PRIMERA CONSULTA.

C.- CERTIFICACION CODIFICADA DEL MEDICO GINECO - OBSTETRA (CIE - 10 OMS) SOBRE EMBARAZO (E)

18.-	<input type="checkbox"/>	EMBARAZO CONFIRMADO		Z 32.1
		FECHA DE CONFIRMACION	<input type="text"/>	
19.-	<input type="checkbox"/>	ESTADO DE EMBARAZO SIMPLE (UTERINO)		Z 33.
20.-	<input type="checkbox"/>	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL		Z 34.
21.-	<input type="checkbox"/>	EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO		O oo
22.-	EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO			
	<input type="checkbox"/>	O 10 - O 16		O.
				O.
23.-	OTROS TRASTORNOS MATERNOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO.			
	<input type="checkbox"/>	O 20 - O 29		O.
				O.
24.-	ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO			
	<input type="checkbox"/>	O 30 - O 48		O.
				O.
25.-	PARTO PREMATURO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	O60.
26.-	ENFERMEDADES MATERNAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO (COP)			
	<input type="checkbox"/>	O 98 - O 99		O.
				O.

NOTA 3: ACAPITES "C" Y "D" DEL MÉDICO GINECO - OBSTETRA TRATANTE DEBE LLENARSE EN CADA CONTROL MENSUAL DEL EMBARAZO DEL PERSONAL FEMENINO DE VUELO - TRIPULANTE.

D.- OBSERVACIONES GINECO-OBSTETRICAS

(MEDICAMENTOS EN USO Y DOSIS, RESULTADOS IMPORTANTES DE LABORATORIO Y ECO, ETC.)

* SEMANAS DE GESTACION

* FECHA PROXIMO CONTROL MENSUAL

E.- DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE QUE CERTIFICA LA SITUACION DEL PERSONAL

27.- NOMBRES

28.- APELLIDOS P/M

29.- REGISTRO ESPECIALIDAD GINECO-OBSTETRA

CONACEM

UNIV.

SOC.CHIL.ESPEC.

OTRA

30.- FONDO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FAX

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-MAIL

31.- DIRECCION

32.- FIRMA

33.- RUN

																				-	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

34.- FECHA INFO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOTA 4: ACÁPITE "E" DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE LA PRIMERA VEZ QUE EL PERSONAL CONSULTE A SU MEDICO GINECO-OBSTETRA; POSTERIORMENTE HASTA EL NOMBRE.