



**APPLICATION FOR  
MEDICAL CERTIFICATE/  
ĐƠN ĐỀ NGHỊ GIÁM ĐỊNH Y TẾ**

**INSTRUCTIONS**  
Print or type. Do not write in shaded areas. These are for CAAV use only. Submit original only to the CAAV Aviation Medical Assessor or a CAAV-FSSD PEL Division. If additional space is required, use an attachment

<b>A. APPLICANT'S CAAV PEL NUMBER/ SỐ GIẤY PHÉP CỦA NGƯỜI LÀM ĐƠN:</b>				<b>B. CLASS OF MEDICAL CERTIFICATED APPLIED FOR/Nhóm sức khoẻ đề nghị cấp:</b> a. <input type="checkbox"/> CLASS 1/Nhóm 1    b. <input type="checkbox"/> CLASS 2/Nhóm 2    c. <input type="checkbox"/> CLASS 3/Nhóm 3			
<b>C. AIRMAN PERSONAL INFORMATION/ THÔNG TIN NGƯỜI LÀM ĐƠN:</b>							
1. NAME/TÊN (Last, First, Middle name):				5. PERMANENT ADDRESS (No., Street)/ ĐỊA CHỈ THƯỜNG TRÚ:			
2. TELEPHONE/SỐ ĐIỆN THOẠI:				CITY/THÀNH PHỐ    STATE/PROVINCE/QUẬN    MAIL CODE/MÃ HÒM THƯ			
3. FAX NUMBER/SỐ FAX:				COUNTRY/QUỐC GIA			
4. EMAIL ADDRESS/ĐỊA CHỈ THƯ ĐIỆN TỬ:							
6. HAIR COLOR/ MÀU TÓC		7. EYE COLOR/ MÀU MẮT		8. SEX/ GIỚI TÍNH		9. DATE OF BIRTH/ NGÀY SINH  (DD / MM / YYYY)	10. CITIZENSHIP (Nationality)/ QUỐC TỊCH
<b>D. PEL LICENSE &amp; MEDICAL INFORMATION/ THÔNG TIN NGƯỜI ĐỀ NGHỊ CẤP:</b>							
1. <input type="checkbox"/> Student Pilot/ Học viên bay		2. <input type="checkbox"/> Commercial Pilot/ Người lái tàu bay thương mại		3. <input type="checkbox"/> Flight Engineer/ Kỹ sư bay		4. <input type="checkbox"/> Sport/Recreation/ Thể thao/ giải trí	5. <input type="checkbox"/> Air Traffic Controller/ Kiểm soát viên không lưu
6. <input type="checkbox"/> Private Pilot/ Người lái tàu bay tư nhân		7. <input type="checkbox"/> Airline Transport Pilot/ Người lái tàu bay vận tải		8. <input type="checkbox"/> Flight Instructor/ Giáo viên bay		9. <input type="checkbox"/> Cabin Crew Member/ Tiếp viên hàng không	10. <input type="checkbox"/> Other/ Khác:
11. TOTAL FLT HRS/ TỔNG SỐ GIỜ		12. LAST 6 MONTHS/ 6 THÁNG TRƯỚC		13. DATE LAST MEDICAL/ NGÀY GIÁM ĐỊNH GẦN NHẤT  (DD/ MM/ YYYY)		14. HAS YOUR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE EVER BEEN DENIED, SUSPENDED OR REVOKED?/ ĐÃ BỊ TỪ CHỐI, THU HỒI HAY ĐÌNH CHỈ? <input type="checkbox"/> YES/ CÓ <input type="checkbox"/> NO/ KHÔNG If yes, give date (DD/ MM/ YYYY)/ Nếu có, ghi ngày:	
<b>E. CURRENT USE OF MEDICATION? (Prescription or Non Prescription) THUỐC THƯỜNG XỬ DỤNG</b>				<b>NO</b> KHÔNG		<b>YES (List with dosage below)</b> CÓ	
<b>F. MEDICAL HISTORY:</b>							
<i>HAVE YOU EVER IN YOUR LIFE BEEN DIAGNOSED WITH, HAD, OR DO YOU PRESENTLY HAVE ANY OF THE FOLLOWING? Answer "Yes" or "No" for every condition listed below. In the EXPLANATIONS box below, you may note "PREVIOUSLY REPORTED, NO CHANGE" only if the explanation of the condition was reported on a previous application for an airman medical certificate and there has been no change in your condition. (See instructions for completion):</i>							
<b>ÔNG/ BÀ ĐÃ BAO GIỜ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN, ĐÃ CÓ HOẶC HIỆN TẠI CÓ BẤT KỲ VẤN ĐỀ NÀO SAU ĐÂY?</b> Trả lời "Có" hoặc "Không" cho mọi tình trạng được liệt kê dưới đây. Trong ô GIẢI THÍCH bên dưới, chỉ có thể ghi chú "ĐÃ BÁO CÁO TRƯỚC ĐÂY, KHÔNG THAY ĐỔI" nếu lời giải thích về tình trạng bệnh đã được báo cáo trong đơn xin giấy chứng nhận y tế phi công trước đó và tình trạng của Ông/ Bà không có thay đổi nào. (Xem hướng dẫn hoàn thiện):							
<b>No. STT</b>	<b>YES</b> Có	<b>NO</b> Không	<b>CONDITION</b> Tình trạng	<b>No. STT</b>	<b>YES</b> Có	<b>NO</b> Không	<b>CONDITION</b> Tình trạng
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent or severe headaches? Đau đầu thường xuyên hoặc nặng?	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological disorders, epilepsy, seizures, stroke, paralysis, etc Rối loạn thần kinh, động kinh, co giật, đột quỵ, tê liệt..
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dizziness or fainting spell? Đã từng bị chóng mặt hoặc ngất xỉu?	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental disorders of any sort, depression, anxiety, etc Rối loạn tâm thần dưới bất kỳ hình thức nào, trầm cảm, lo âu ...
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unconsciousness for any reason? Bất tỉnh vì lý do gì	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance dependence, or substance abuse, or use of illegal substances in the last 2 years, or failed a drug test ever? Lệ thuộc vào chất kích thích hoặc lạm dụng chất kích thích, hoặc sử dụng các chất bất hợp pháp trong 02 năm qua, hoặc đã từng bị vi phạm trong các cuộc kiểm tra chất kích thích
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye or vision trouble except for glasses? Các vấn đề về thị lực ngoại trừ việc đeo kính	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol dependence or abuse? Lệ thuộc hoặc lạm dụng rượu
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay fever or allergy? Sốt hay bị dị ứng	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suicide attempt? Cố gắng tự tử
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma or lung disease? Hen suyễn hay bệnh phổi	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motion sickness requiring medication? Say tàu xe có cần sử dụng thuốc
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart or vascular trouble or HIV? Rối loạn tim mạch hoặc HIV	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medical rejection by any organization? Bị từ chối bởi bất kỳ tổ chức nào về mặt y tế
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High or low blood pressure?	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rejection for life or medical insurance?



APPLICATION FOR  
MEDICAL CERTIFICATE/  
ĐƠN ĐỀ NGHỊ GIÁM ĐỊNH Y TẾ

**INSTRUCTIONS**  
Print or type. Do not write in shaded areas. These are for CAAV use only. Submit original only to the CAAV Aviation Medical Assessor or a CAAV-FSSD PEL Division. If additional space is required, use an attachment

			Huyết áp cao hay thấp				Từ chối bảo hiểm nhân thọ hay bảo hiểm y tế
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomach, liver, or intestinal trouble? Vấn đề về dạ dày, gan hoặc đường ruột	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Admission to hospital? Nhập viện
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney stone or blood in the urine? Sỏi thận hay tiểu ra máu	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other illness, disability or surgery? ( <i>attach report</i> ) Bệnh tật, khuyết tật hoặc phẫu thuật khác?
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes? Bệnh tiểu đường	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Use contact lenses for near vision during flying? Sử dụng kính áp tròng để nhìn gần trong khi bay

**G. CONVICTION AND/OR ADMINISTRATIVE ACTION HISTORY:**

LỊCH SỬ TIỀN ÁN HOẶC XỬ PHẠT HÀNH CHÍNH

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	History of (1) any conviction(s) involving driving while intoxicated by, while impaired by, or while under the influence of alcohol or a drug; or (2) history of any conviction(s) or administrative action(s) involving an offense(s) which resulted in denial, suspension, cancellation or revocation of driving privileges or which resulted in attendance at an educational or rehabilitation program?  Tiền sử (1) bất kỳ tiền án nào liên quan đến việc lái xe trong tình trạng say xỉn, trong khi bị suy yếu hoặc trong khi bị ảnh hưởng bởi rượu hoặc ma túy; hoặc (2) tiền sử của bất kỳ (các) kết án hoặc (các) hành động hành chính liên quan đến (các) hành vi phạm tội dẫn đến việc bị từ chối, đình chỉ, hủy bỏ hoặc thu hồi các đặc quyền lái xe hoặc dẫn đến việc tham gia một chương trình giáo dục hoặc phục hồi?	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	History of non-traffic conviction(s)? (misdemeanors or felonies)/ Lịch sử của (các) tiền án không tham gia giao thông? (tội nhẹ hoặc trọng tội)
	YES/ CÓ	NO/ Không			YES/ CÓ	NO/ Không	

**H. EXPLANATIONS (Use Form 548-2 for additional explanations):**

GIẢI THÍCH (Sử dụng Mẫu 548-2 để giải thích thêm):

--

**I. VISITS TO THE HEALTH PROFESSIONAL WITHIN LAST 3 YEARS?**

GẶP CHUYÊN GIA Y TẾ TRONG VÒNG 3 NĂM QUA?

a) YES (Explain Below)/CÓ (Giải thích)

b) NO

Date /Ngày:	Name, Address & Type of Health Professional Consulted/ Tên, Địa chỉ và Loại chuyên gia tư vấn y tế:	Reason/Lý do:
-------------	--	---------------

**J. CERTIFICATION – I hereby represent that the information entered in this application is true and correct/**

CHỨNG NHẬN - Tôi xin cam đoan rằng thông tin được nhập trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác

Fine: A person shall not with intent to deceive: (c) make any false representation for the purpose of procuring for himself or any other person the grant, issue, renewal or variation of any such certificate...

Phạt: Một người không được có ý định lừa dối: (c) đưa ra bất kỳ sự trình bày sai lệch nào nhằm mục đích mua cho mình hoặc bất kỳ người nào khác việc cấp, phát hành, gia hạn hoặc thay đổi bất kỳ chứng chỉ nào như vậy ...

1. DATE/NGÀY

2. APPLICANT SIGNATURE/ CHỮ KÝ  
NGƯỜI LÀM ĐƠN

**REPORT OF MEDICAL EXAMINATION  
BÁO CÁO GIÁM ĐỊNH Y TẾ**

**K. GENERAL EXAMINATION/TÌNH TRẠNG GIÁM ĐỊNH/**

1. Height (cm)/ Chiều cao	2. Weight (kgs)/ Cân nặng	3. Waiver of Demonstrated Ability (WODA)? /Nhân nhượng khả năng được chứng minh (a) <input type="checkbox"/> YES (b) <input type="checkbox"/> NO Defect Noted	4. WODA Serial Number/SỐ WODA				
<b>Normal/ Bình thường</b>	<b>Abnormal Bất thường</b>	<b>CONDITION: Tình trạng</b>	<b>Normal Bình thường</b>	<b>Abnormal Bất thường</b>	<b>CONDITION: Tình trạng</b>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head, face, neck and scalp? Đầu, mặt, cổ, da đầu?	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular system (Pulse, amplitude & character, arms, legs, other) Hệ thống mạch máu
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nose/ Mũi	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen and viscera (including hernia) Bụng và nội tạng



**APPLICATION FOR  
MEDICAL CERTIFICATE/  
ĐƠN ĐỀ NGHỊ GIÁM ĐỊNH Y TẾ**

**INSTRUCTIONS**  
Print or type. Do not write in shaded areas. These are for CAAV use only. Submit original only to the CAAV Aviation Medical Assessor or a CAAV-FSSD PEL Division. If additional space is required, use an attachment

7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinuses/ Xoang	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anus (Not including digital examination) Hậu môn
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouth and throat/ Miệng và cổ họng	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skin Da
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ears (General)/ Tai (Chung)	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G-U system (not including pelvic examination) Hệ thống G-U
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ear Drums (perforation)/ Màng nhĩ	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upper and lower extremities (strength and range of motion) Chân và tay
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eyes (General)/ Mắt	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine, other musculoskeletal Cột sống, cơ xương khác
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ophthalmoscopic/ Soi đáy mắt	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifying body marks, scars, tattoos (size and location) Xác định các vết trên cơ thể, vết sẹo, hình xăm
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pupils (Equality and Reaction)/ Con Người	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymphatics Bạch huyết
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocular motility (associated parallel movement, Nhu động mắt	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic (tendon reflexes, equilibrium, cranial nerves, coordination, etc.) Thần kinh
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs and Chest (not including breast exam) Phổi và ngực	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric (appearance, behavior, mood, communication & memory) Tâm thần
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart (precordial activity, rhythm, sounds & murmurs) Tim	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	General Systemic Hệ thống chung

NOTES: Describe every abnormality in detail. Enter applicable item number before each comment. Use additional sheets if necessary and attach to this form.  
Lưu ý: Mô tả chi tiết mọi bất thường. Nhập số mục áp dụng trước mỗi nhận xét. Sử dụng các trang bổ sung nếu cần và đính kèm vào biểu mẫu này.

**L. HEARING/Nghe:**

1. Conversational Voice Test (at 5 feet)/Kiểm tra giọng nói hội thoại (ở khoảng 5feet)	2. Record Audiometric Speech Discrimination score below/ Ghi lại từ thính lực kế Điểm khác biệt về lời thoại	3. Right Ear/Tại phải					4. Left Ear/Tai trái					
(a) <input type="checkbox"/> Pass		Audiometer Thính lực kế	500	1000	2000	3000	4000	500	1000	2000	3000	4000
(b) <input type="checkbox"/> Fail		Threshold in decibels Ngưỡng nghe	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)

**M. VISION/THỊ LỰC:**

1. Distant Vision/Thị lực xa		2. Near Vision/Thị lực gần		3. Intermediate Vision (32 inches)/Thị lực trung bình (32 inch)			4. Color Vision/ Phân biệt màu	
a. Right= 20/	Corrected to 20/	a. Right= 20/	Corrected to 20/	a. Right= 20/		Corrected to 20/	Color Vision Pass Fail	
b. Left= 20/	Corrected to 20/	b. Left= 20/	Corrected to 20/	b. Left= 20/		Corrected to 20/		
c. Both= 20/	Corrected to 20/	c. Both= 20/	Corrected to 20/	c. Both= 20/		Corrected to 20/		
5. Field of Vision <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal			6. Heterophoria 20' (in prism diopters)		Esophoria	Exsophoria	Right Hyperphoria	Left Hyperphoria

**N. CARDIOVASCULAR/TIM MẠCH:**

1. Blood Pressure (30"Hg) : Huyết áp	(a) Systolic: Tâm thu	(b) Diastolic: Tâm trương	2. Pulse (Resting): Nhịp tim	3. ECG (Date):
---	--------------------------	------------------------------	---------------------------------	----------------

**O. URINALYSIS/XÉT NGHIỆM NƯỚC TIỂU:**

1. <input type="checkbox"/> Normal	2. <input type="checkbox"/> Abnormal	3. Albumin (SPECIFY):	4. Sugar (SPECIFY):
1. Bình thường	2. Bất thường	3. Đạm	4. Đường



**APPLICATION FOR  
MEDICAL CERTIFICATE/  
ĐƠN ĐỀ NGHỊ GIÁM ĐỊNH Y TẾ**

**INSTRUCTIONS**  
Print or type. Do not write in shaded areas. These are for CAAV use only. Submit original only to the CAAV Aviation Medical Assessor or a CAAV-FSSD PEL Division. If additional space is required, use an attachment

**P. OTHER MEDICAL TESTS GIVEN/CÁC XÉT NGHIỆM Y TẾ KHÁC ĐÃ THỰC HIỆN**

**Q. COMMENTS ON HISTORY AND FINDINGS:** AME shall comment on all "YES" answers in the Medical History section and for abnormal findings of the examination. (Attach all consultation reports, ECGs, Xrays, etc. to this report before mailing).  
**NHẬN XÉT VỀ LỊCH SỬ VÀ KẾT QUẢ:** AME nhận xét về tất cả các câu trả lời "CÓ" trong phần Lịch sử y khoa và những phát hiện bất thường trong quá trình giám định (đính kèm tất cả các báo cáo, ECG, Xrays...và báo cáo trước khi gửi)

**FOR CAAV USE/  
PHẦN DÀNH CHO CỤC HKVN**

1. Significant Medical History? (a)  YES (b)  NO 2. Abnormal Physical Findings? (a)  YES (b)  NO  
Lịch sử y khoa quan trọng CÓ KHÔNG. 2. Các phát hiện bất thường CÓ KHÔNG

**R. MEDICAL EXAMINER'S ANALYSIS & DECISION/PHÂN TÍCH VÀ QUYẾT ĐỊNH CỦA GIÁM ĐỊNH VIÊN Y KHOA**

1. ISSUANCE RECOMMENDED  
KHUYẾN NGHỊ CẤP

2. DEFER FOR FURTHER EVALUATION  
2. TRÌ HOÃN ĐÁNH GIÁ

3. ISSUANCE NOT RECOMMENDED  
3. KHUYẾN NGHỊ KHÔNG CẤP

4. DENIAL LETTER ISSUED  
4. TỪ CHỐI

Disqualifying Defects:  
Khiếm khuyết:

**S. MEDICAL DECLARATION: I hereby certify that I have personally reviewed the medical history and personally examined the applicant named on this medical examination report. This report with any attachments embodies my findings completely and correctly:**

**KHAI BÁO Y TẾ:** Tôi cam đoan rằng các thông tin nêu ra là sự thật.

1. Date of Examination  
Ngày giám định

2. AME SERIAL NUMBER/SỐ CHỨNG CHỈ AME

3. AME PRINTED NAME/TÊN AME

4. AME TELEPHONE #/ĐIỆN THOẠI AME

5. AME SIGNATURE/CHỮ KÝ AME

DD / MM / YYYY



**APPLICATION FOR  
MEDICAL CERTIFICATE/  
ĐƠN ĐỀ NGHỊ GIÁM ĐỊNH Y TẾ**

**INSTRUCTIONS**  
Print or type. Do not write in shaded areas. These are for CAAV use only. Submit original only to the CAAV Aviation Medical Assessor or a CAAV-FSSD PEL Division. If additional space is required, use an attachment

(This instruction page shall be removed before submitting/ Trang hướng dẫn phải được loại bỏ khi nộp đơn đề nghị)

**Completion Instructions for CAAV Form 548-1/ Hướng dẫn điền Mẫu đơn số 548-1:**

- All block shall be filled or checked (except other wise specified), Enter N/A if not applicable
- Information must be filled out completely and factually, especially content related to the conviction and/or administrative action history.
- The applicant is fully responsible before the law for the information declared in the Application. If the CAAV discovers that the declared content is not true for the purpose of obtaining a license, the issued License/Certificate can be revoked.

**Hướng dẫn điền Mẫu đơn số 548-1:**

- Tất cả các ô phải được điền hoặc đánh dấu (trừ khi không phải điền theo điều kiện đã chỉ rõ), ghi "N/A" khi không áp dụng.
- Thông tin phải được điền đầy đủ, đúng thực tế đặc biệt các nội dung liên quan đến lịch sử tiền án hoặc bị xử phạt hành chính.
- Người làm đơn chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật đối với các thông tin khai trong Đơn. Nếu Cục HKVN phát hiện nội dung khai không đúng sự thật nhằm mục đích để được cấp phép có thể thu hồi Giấy phép/ Chứng chỉ đã cấp.