National Defence | Défense nationale

WARNING

In accordance with National Defence Security Orders and Directives (NDSOD), form **DND 2452 - Aircrew and Diver Health Examination** is designated "**Protected B**" information once completed.

Completed "**Protected B**" forms **MUST NOT BE SAVED UNENCRYPTED** on any network and workstation drive or storage media. "**Protected B**" forms, when completed, **MUST BE ENCRYPTED USING THE DND ISSUED PKI SMARTCARD**. Failure to respect this requirement will result in a breach of security and administrative measures shall be applied in accordance with the policy.

AVIS

Conformément aux Ordonnances et directives de sécurité de la Défense nationale (ODSDN), le formulaire **DND 2452 - Examen de santé pour le personnel navigant et pour les plongeurs** est désigné « **Protégé B** » une fois rempli.

Les formulaires « **Protégé B** » remplis **NE DOIVENT PAS ÊTRE SAUVEGARDÉS SANS ÊTRE CHIFFRÉS** sur quelque réseau, lecteur de poste de travail ou support de données que ce soit. Les formulaires « **Protégé B** » remplis **DOIVENT ÊTRE CHIFFRÉS À L'AIDE DE LA CARTE À PUCE DE L'ICP DU MDN**. Le non-respect de cette exigence constitue un manquement à la sécurité et entraînera des mesures administratives conformément à la politique en vigueur.

AIRCREW AND DIVER HEALTH EXAMINATION - *EXAMEN DE SANTÉ POUR LE PERSONNEL NAVIGANT ET POUR LES PLONGEURS*

SN - *NM*	Surname - *Nom de famille*	Given name - *Prénom*	DOB - *DDN (yyaa/mm/dj)*

Rank - *Grade*	MOS ID - *ID SGPM*	Sex - *Sexe* ☐ M ☐ F	☐ Reg ☐ Res	Member's unit - *Unité du membre*

Exam type - *Type d'examen* ☐ Type I ☐ Type II	Examination unit - *Établissement médical*

PART 1 MEDICAL HISTORY - SINCE YOUR LAST MEDICAL, HAVE YOU HAD?
1RE PARTIE ANTÉCÉDENTS - DEPUIS VOTRE DERNIER EXAMEN MÉDICAL AVEZ-VOUS EU?

	Yes *Oui*	No *Non*		Yes *Oui*	No *Non*
1. Lightheadedness or dizzy spells - *Des sensations de "tête légère" ou des étourdissements*	☐	☐	30. A tendency to have bronchitis and/or persistant cough - *Une tendance à faire des bronchites et/ou avoir une toux persistante*	☐	☐
2. Frequent or severe headaches - *Des gros maux de tête ou des maux de tête fréquents*	☐	☐	31. Any asthma, wheezing or pneumothorax - *Des crises d'asthme, une respiration sifflante, ou pneumothorax*	☐	☐
3. Migraine headaches - *Des migraines*	☐	☐	32. Bothersome indigestion - *Des grosses indigestions*	☐	☐
4. A head injury and/or concussion - *Une blessure à la tête et/ou commotion cérébrale*	☐	☐	33. A change in your bowel habit - *Un changement d'élimination des selles*	☐	☐
5. A seizure or convulsion - *Des convulsions ou des crises d'épilepsie*	☐	☐	34. Prolonged constipation or diarrhoea - Une *constipation ou une diarrhée prolongées*	☐	☐
6. Numbness in any body part - *Des engourdissements*	☐	☐	35. Haemorrhoids - *Des hémorroïdes*	☐	☐
7. Unexpected weakness or paralysis - *Une faiblesse inattendue ou de la paralysie*	☐	☐	36. Rectal bleeding or black stool - *Un saignement rectal ou des selles noires*	☐	☐
8. Fainting or loss of consciousness - *Des évanouissements ou des pertes de connaissance*	☐	☐	37. A hernia or rupture - *Une hernie*	☐	☐
9. Excessive anxiety or nervousness - *Une angoisse importante ou une grande nervosité*	☐	☐	38. Frequent or painful urination - *Des urines fréquentes ou douloureuses*	☐	☐
10. Excessive worrying, depression or claustrophobia - *Des inquiétudes démesurées, dépression ou claustrophobie*	☐	☐	39. Any blood in your urine - *Du sang dans vos urines*	☐	☐
11. Difficulty relaxing - *De la difficulté à vous détendre*	☐	☐	40. Any sexual difficulties - *Des problèmes d'ordre sexuel*	☐	☐
12. Difficulty concentrating or remembering - *Des troubles de la mémoire ou de la concentration*	☐	☐	41. Any risk of sexually transmitted disease - *Une possibilité de maladies transmises sexuellement*	☐	☐
13. Trouble falling or staying asleep - *De la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e)*	☐	☐	42. Excessive menstrual discomfort - *Des douleurs menstruelles intenses*	☐	☐
14. A tendency to lose your temper frequently - *Une tendance à perdre votre sang-froid fréquemment*	☐	☐	43. Excessive menstrual bleeding - *Des saignements menstruels abondants*	☐	☐
15. Eye or vision trouble - *Des troubles de la vision*	☐	☐	44. Bleeding between periods - *Des pertes sanguines entre les règles*	☐	☐
16. Difficulty focusing up close - *De la difficulté à voir de près*	☐	☐	45. Excessive vaginal discharge - *Des pertes vaginales abondantes*	☐	☐
17. Double or blurred vision - *Une vision double ou brouillée*	☐	☐	46. Any discharge from your penis - *Un écoulement anormal du pénis*	☐	☐
18. To wear glasses or contact lenses - *A porter des lunettes ou des lentilles cornéennes*	☐	☐	47. Pain in testicles - *Des douleurs aux testicules*	☐	☐
19. Any problems with glasses or contact lenses - *Des problèmes avec vos lunettes ou vos lentilles cornéennes*	☐	☐	48. Leg cramps with exercises - *Des crampes aux jambes à l'effort*	☐	☐
20. Persistent hoarseness - *Un enrouement persistant*	☐	☐	49. Ankle swelling - *Une enflure des chevilles*	☐	☐
21. Ear, nose or throat trouble - *Des problèmes de nez, d'oreilles ou de gorge*	☐	☐	50. Swollen or painful joints - *Une enflure des articulations ou de la douleur aux articulations*	☐	☐
22. Ringing in your ears - *Des sifflements ou bourdonnements d'oreilles*	☐	☐	51. Any trouble with your neck and/or back - *Des maux de cou et/ou de dos*	☐	☐
23. Difficulty hearing or copying transmission - *De la difficulté à entendre ou à transcrire les transmissions radio*	☐	☐	52. Hayfever or allergy symptoms - *Le rhume des foins ou des symptômes d'allergie*	☐	☐
24. Trouble in clearing your ears upon descent - *Des problèmes à vous déboucher les oreilles pendant les descentes*	☐	☐	53. Fever, chills, night sweats - *De la fièvre, des frissons ou des bouffées de chaleur la nuit*	☐	☐
25. Pain or pressure in the chest - *De la douleur ou une pression à la poitrine*	☐	☐	54. Major weight loss or gain - *Une perte ou une prise importantes de poids*	☐	☐
26. Unexpected rapid heart beat - *Des battements de coeur rapides et inattendus*	☐	☐	55. Fatigue or significant change in your energy level - *Fatigue ou un changement important d'énergie*	☐	☐
27. Irregular heart beat - *Des battements de coeur irréguliers*	☐	☐	56. Skin rashes or problems - *Des éruptions cutanées ou des problèmes de peau*	☐	☐
28. Undue shortness of breath - *Un essoufflement anormal*	☐	☐	57. Excessive bruising or bleeding - *Des contusions ou des saignements importants*	☐	☐
29. Any problems with feeling too hot or too cold - *Se sentir trop chaud ou trop froid*	☐	☐	58. Significant illness requiring a visit to the military medical clinic - *Des problèmes de santé suffisamment importants pour nécessiter une consultation à la clinique médicale militaire*	☐	☐

59. If this is your first aviation/diving medical, have you ever had any of the above symptoms or problems? - *Si c'est votre premier examen médical pour le personnel navigant ou pour les plongeurs, avez-vous déja eu un ou plusieurs des symptômes ou problèmes mentionnés ci-dessus?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

60. Is there a family history of heart disease before the age of 60? - *Avez-vous des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire avant l'âge de 60* ans? ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

AIRCREW ONLY - *PERSONNEL NAVIGANT SEULEMENT*

Military flying history: List in chronologic order each aircraft flown a minimum of 50 hours -
Expérience de vol d'appareils militaires : Notez, dans l'ordre chronologique, tous les appareils pour lesquels vous comptez au moins 50 heures de vol
(UPDATE SINCE LAST MEDICAL - METTRE À JOUR DEPUIS LE DERNIER EXAMEN)

START *DÉBUT*	END *FIN*	AIRCRAFT *AÉRONEF*	HOURS *HEURES*	START *DÉBUT*	END *FIN*	AIRCRAFT *AÉRONEF*	HOURS *HEURES*	START *DÉBUT*	END *FIN*	AIRCRAFT *AÉRONEF*	HOURS *HEURES*
										Total flying hours *Total des heurs de vol*	
										Hours past year *Heures au cours de la dernière année*	

a. Actively flying in present position/posting? - *Active en position de vol ou de poster?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

b. Have you had an aircraft accident or incident? - *Avez-vous eu un accident ou incident d'aéronef?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

c. Have you had any aeromedical incidents? - *Avez-vous eu des incidents aéromédicaux?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

d. Have you had any problems with airsickness? - *Avez-vous eu le mal de l'air?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

e. Have you ever suffered decompression sickness? - *Avez-vous déjà souffert du mal de décompression?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

f. Have you had recurrent ear/sinus problems with flying? - *Avez-vous des problèmes récurrents d'oreille(s)/sinus pendant les vols?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

g. Do you worry about flying? - *Est-ce que cela vous inquète de faire du vol?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

h. Do you wish to see a flight surgeon? - *Désirez-vous voir un médecin de l'air?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

DIVERS ONLY - *PLONGEURS SEULEMENT*

DIVING HISTORY - *EXPÉRIENCE DE PLONGÉE*

Number of dives in last 12 months (in hours) -
Nombre de plongées dans les derniers 12 mois (heures)

____.____ (hrs)

Total dive hours ever -
Nombre total d'heures en plongée

____.____ (hrs)

Deepest dive in last 12 months -
Plongée la plus profonde au cours des 12 derniers mois

_____ (msw)

Deepest dive ever -
Plongée la plus profonde

_____ (msw)

History of Decompression illness or problems associated with diving in last 12 months -
Maladie des caissons ou autres problèmes associés à la plongée au cours des 12 derniers mois

☐ **Yes - Oui** ▶

☐ **No - Non**

Details of incidents, including treatments and results (if applicable) -
Détails des incidents, y compris des traitements et des résultats (s'il y a lieu)

a. Have you had any problems with seasickness? - *Avez-vous eu le mal de mer?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

b. Have you had recurrent ear / sinus problems with diving? - *Avez-vous des problèmes récurrents d'oreille(s) / sinus pendant les plongées?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

c. Do you worry about diving? - *Est-ce que cela vous inquiète de faire de la plongée?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

d. Do you wish to see a diving MO? - *Désirez-vous voir un médecin de plongée?* ☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

Surname - *Nom de famille*

SN - *NM*

PLEASE GIVE DETAILS FOR EVERY POSITIVE ANSWER ON THE PREVIOUS 2 PAGES -
DONNER DES DÉTAILS POUR LES RÉPONSES POSITIVES SUR LES 2 PAGES PRÉCÉDENTES

Privacy Notice Statement - Personal Information collected on this form is used to determine or verify the suitability of an individual to serve in the Canadian`Forces (CF). It is collected under the authority of the *National Defence Act* and the *Queen's Regulations* and *Orders* for the CF and is protected by the provisions of the *Privacy Act*. The completion of this form is mandatory. A refusal to provide information will lead to a review of whether the person is eligible to hold a position or is fit to perform duties as a serving member of the CF. The personal information collected is described in the DND Personal Information Bank PPE 810 Medical Records. Instructions for obtaining this information are outlined in the government publication entitled Info Source.

Énoncé sur la protection des renseignements personnels - Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont utilisé pour déterminer ou vérifier l'aptitude d'un individu à servir dans les Forces canadiennes (FC). Ils sont recueillis en vertu de la *Loi sur la défense nationale* et les *Ordonnances et Réglements royaux* applicables au FC et protégés par les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels.* Il est obligatoire de remplir ce formulaire. Le refus de fournir des informations conduira à un examen du point de savoir si la personne est admissible à un poste ou apte à accomplir les tâches en tant que militaire actif des FC. Les renseignements personnels recueillis sont expliqués dans les fichiers de renseignements personnels du MDN, PPE 810, dossiers médicaux. Les instructions pour obtenir cette information sont décrites dans la publication gouvernementale intitulée Info Source.

I certify that the responses on this form are correct to the best of my knowledge and that I have read the Privacy Notice Statement.
Je certifie au meilleur de ma connaissance que les réponses sur ce formulaire sont correctes et de déclare avoir lu l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels.

Patient signature - *Signature du patient* | Date *(yyaa-mm-dj)* ☐☐☐☐/☐☐/☐☐

(TURN OVER FOR TYPE II ONLY - *TOUR DE RÔLE DE TYPE II SEULEMENT*)

HEALTHCARE PERSONNEL ONLY - *POUR USAGE DU PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ UNIQUEMENT*

FOR AIRCREW ONLY - *POUR PERSONNEL NAVIGANT SEULEMENT*

	LAST DONE - *DERNIER FAIT*
AMT - *IAM*	
OPHTHALMOLOGY - *OPHTHALMOLOGIE*	
ECG/CRE - *ECG/ERMC*	
FBS - *GLYCÉMIE À JEUN*	

LIMITATIONS AND CLINICIAN'S COMMENTS - ***COMMENTAIRES DU/DE LA CLINICIEN(NE) ET LIMITATIONS***

For office use only -
Pour usage interne uniquement

CATEGORY - *PROFIL*	V	CV	H	G	O	A
PRESENT - *ACTUEL* ▶						

APPOINTMENT WITH FLIGHT SURGEON REQUIRED ? - *CONSULTATION NÉCESSAIRE DU MÉDECIN DE L'AIR?*
☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

FLIGHT SURGEON - *MÉDECIN DE L'AIR* | SIGNATURE | DATE *(yyaa-mm-dj)*

FOR DIVERS ONLY - *POUR PLONGEURS SEULEMENT*

	LAST DONE - *DERNIER FAIT*
CHEST XRAY - *RADIO PULMONAIRE*	
CBC, plts, FBS, LFT, urine, EKG - *Bilan sanguin, plaquettes, glycémie à jeun, fonction hépatique, analyse d'urine, ECG*	
LONG BONE SURVEY - *EXAMEN OS LONGS*	

LIMITATIONS AND CLINICIAN'S COMMENTS - ***COMMENTAIRES DU/DE LA CLINICIEN(NE) ET LIMITATIONS***

For office use only -
Pour usage interne uniquement

CATEGORY / *PROFIL*	V	CV	H	G	O	A
PRESENT / *ACTUEL* ▶						

APPOINTMENT WITH MEDICAL OFFICER REQUIRED (DIVING)? - *CONSULTATION NECESSAIRE DU MÉDECIN (DE PLONGÉE)?*
☐ **Yes - Oui** ☐ **No - Non**

MEDICAL OFFICER (DIVING) - *MÉDECIN (DE PLONGÉE)* | SIGNATURE | DATE *(yyaa-mm-dj)*

(TURN OVER FOR TYPE II ONLY - *TOUR DE RÔLE DE TYPE II SEULEMENT*)

Surname - *Nom de famille* | SN - *NM*

PATIENT QUESTIONAIRE - COMPLETE FOR TYPE II ONLY / *QUESTIONNAIRE DU PATIENT - TYPE II SEULEMENT*

In the last year, have you ever drunk or used drugs more than you meant to? - *Pendant la dernière année, avez-vous déjà consommé plus d'alcool ou de drogues que vous en aviez l'intention?* ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

Have you felt you wanted or needed to cut down on your drinking or drug use in the last year? - *Pendant la dernière année, avez-vous senti que vous vouliez diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ou que vous aviez besoin de le faire?* ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

At the present time, how often do you smoke cigarettes? - *Actuellement, à quelle fréquence fumez-vous la cigarette?*

☐ **Not at all - Pas du tout** → If you are an ex-smoker, when did you quit? - *Si vous êtes un(e) ancien(ne) fumeur(euse), quand avez-vous arrêté?*
- ☐ **< 6 months ago - Moins de 6 mois**
- ☐ **> 6 months ago - Plus de 6 mois**

☐ **Occasionally - Occasionellement**

☐ **Every day - Chaque jour**

How much do you smoke? - *Combien de cigarettes fumez-vous?*

☐☐ cigarettes per day or - *par jour ou*

☐☐☐ cigarettes per week - *par semaine*

Are you interested in stopping smoking in the next six months? - *Désirez-vous arrêter de fumer dans les six prochains mois?*

☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui** →

Are you thinking about stopping in the next month? - *Pensez-vous arrêter le mois prochain?* ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

In the last year, how many times have you quit for at least 24 hours? - *Pendant la dernière année, combien de fois vous êtes-vous arrêté pendant au moins 24 heures?* ☐☐☐ **times - fois**

A. CARDIOVASCULAR RISK FACTORS - *FACTURE DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE*

Height - *Taille* ____ (cm)

Weight - *Poids* ____ . ____ (kg)

BMI - *IMC* ____ . ____ (kg/m2)

HR - *FR* ____

DM ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

Waist circumference - *Tour de taille* ____ . ____ (cm)

BP - *TA* ____ / ____ (mmHg)

Using BP medication - *Utilisation d'un médication TA* ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

Pesonal history of CVD - *Antécédants personnels de MCV* ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

Family history of CAD - *Antécédants familiaux de coronaropathie* ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

Framingham
10 Year Risk (%) - *Risque 10 ans (%)* ____

OR - OU

CHIP
10 Year Risk (%) - *Risque 10 ans (%)* ____

Smoker - *Fumeur* ☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

B. AUDIOGRAM - *AUDIOGRAMME*

	Right ear - *Oreille droite*							Left ear - *Oreille gauche*						
Test freq (Hz) - *Fréq test (Hz)*	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Current hearing level (dB) - *Niveau d'audition actuel (dB)*														
Baseline hearing level (dB) - *Niveau d'audition de base (dB)*														

H category - *Catégorie H*

H ____

Baseline audio - *Date audio de base*

R D ____ / ____ / ____ *(yyaa-mm-dj)*

L G ____ / ____ / ____ *(yyaa-mm-dj)*

Is there a threshold shift? - *Décalage des seuils auditifs?*

☐ **No - Non** ☐ **Yes - Oui**

C. VISUAL ACUITY - *ACUITÉ VISUELLE*

	Without glasses - *Sans lunettes*		**With glasses - *Avec lunettes***	
Distance vision - *Vision de loin*	R D ____ / ____	L G ____ / ____	R D ____ / ____	L G ____ / ____

V category - *Catégorie V*

V ____

Technician's name (surname, given name) - *Nom du/de la technicien(ne) (nom, prénom)* ____ Date *(yyaa-mm-dj)* ____ / ____ / ____

Surname - *Nom de famille* ____ SN - *NM* ____