

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

1702

NOM : ROUGE Prénoms : JEAN PIERRE Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 16/09/1964
Lieu de naissance : Rueil Malmaison (92)

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 184,5 cm	(203) Poids 83,2 kg	(204) Yeux couleur marrons	(205) Cheveux couleur poivre et sel	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 173 Diastolique: 103	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm): 67 Rythme: <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	--------------------------	------------------------	-------------------------------	--	---	---

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
 53 ans Ancien AA -> peste à l'écoulement de l'ophtalme (Bimorie - A 109 multi - 200/140) (H.V. rachète Sabana Technid) 6 semaines / 6 semaines
 COVID Juillet 2022 sans signe grave
 Antécédents TA à l'ophtalme - Biologie: LDL (1,83 g/l) => conseil HD
 Rie gauche - Examen normal (sauf TA) ECG normal - indog
 Vaccins: Tabac 32011 (5-7) 0H = peu

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	12
Ceil gauche sans correction	7	Corrigée à	12
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	12

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	P3	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm P2

Ceil droit		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Type: Progressif

Oui Non Type: Type: Réfraction: Sph

Ceil droit: Cilindre: Axe: Ajouter:

Ceil gauche: Cilindre: Axe: Ajouter:

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I SHIHARA

Nombre de tables présentées: 25 Nombre d'erreurs: 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	159	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		

(248) Commentaires, limitations :
 Donneur de plus
 Personne biobio tous - conseils HD assise
 Antécédents TA à l'ophtalme PV
 Audiogramme prochain visite.

14 DEC. 2023
 VML

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date: 10 NOV. 2022 et lieu: MERIGNAC

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr. SVAYAN NGUYEN HOYNI
 Spécialité: Médecin agréé en médecine aéronautique
 CaMELIA
 Telephone: 0631872243 E-mail: cameliaero@gmail.com MERIGNAC

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Docteur Pierre-Etienne BERTRAN
 M.E. 3900
 Agrément classe 1, 2, LAPL, PNC, N°02799

FR-0002033

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE	(13) N° référence:	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(3) Nom : ROUGE	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s) : Jean Pierre	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 16/09/1964	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : ATPL (H)
(8) Lieu et pays de naissance : Rueil Malmaison (92)	(9) Nationalité : Française	(15) Profession (principale) : PILOTE HELICO	
(10) Adresse permanente : 63-8 rue de la Liberté, 33470 GILLIAN MFSTRAS Pays : France N° de téléphone : 0631403183 Courriel : jean-pierre.rouge@neuf.fr	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur : HELI - UNION / STOLDT	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types ATPL (H) FRA FCL AH 00029913 FRANCE		(17) Dernier examen médical : Date : 08/11/2021 Lieu : CaMELIA	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : 1991 Lieu : NETZ Détails : Karabotomne radiare		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : VML	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 9780H	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière 1/4 unités		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 200H	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : 2011 Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : AW 139	
(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :		(25) Type de vol envisagé : TP	

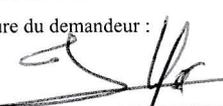
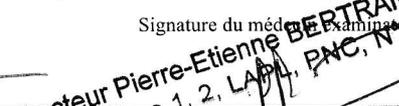
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
				(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		
							(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							(171) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							(178) Maladie héréditaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							(179) Glaucome (colm)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							A remplir uniquement pour les femmes		
							(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarques : 104 : Relèves journalières envoyés 132 - 70/90.
123 : Dengue 2004 178 -> cancer colou (pire)
129 : Cornets (ex), avec laire G., Coloscopie
-> Naxicolo 2025

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-technique ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **10/11/2022** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 

Docteur Pierre-Etienne BERTRAN
Agrément classe 1, 2, LAPL, PNC, N° 02799
Formulaire pour demande de certificat médical ED Decision 2019/002/R 03.09.2019

Nom: **Jean Pierre ROUGE**

ID: **213**

10.11.2022 10:42:56

Interprétation :
Rapport non confirmé

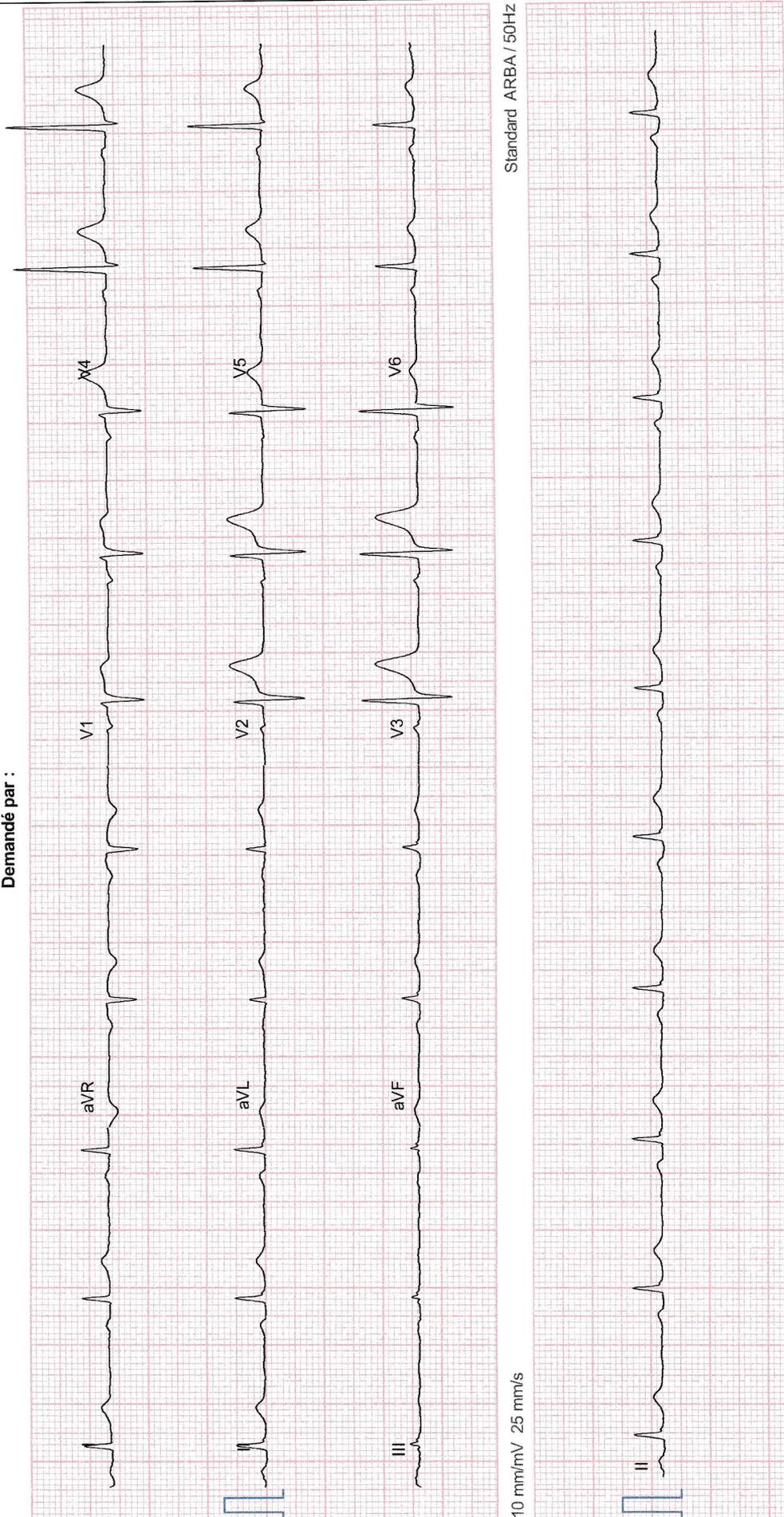
Intervals
RR 1022 ms
P 108 ms
PQ 204 ms
QRS 96 ms
QT 384 ms
QTc 380 ms
(Bazett)

FC 59 /min
Axis 35°
P 34°
QRS 24°
T

Né(e): 16.09.1964
Âge: 58A
Sexe: M
Taille: 185 cm
Poids: 83.1 kg
IMC: 24.3
PA: -/-

Traitement méd.:

Demandé par :



10 mm/mV 25 mm/s

Standard ARBA / 50Hz

10 mm/mV 25 mm/s

Standard ARBA / 50Hz

Surveillance tensionnelle

Fiche d'automesures

Nom: Rougé Prénom: Jean-Pierre Date de naissance: 16/09/1964

Nom de votre appareil: SANITAS SBC 30 (poignet) CE 0598

Unité de mesure de votre appareil: MmHg

Traitement antihypertenseur éventuel:

Résultats:

		pression artérielle	
		systolique	diastolique
jour 1	date (jj/mm/aa):		
	07/11/2022		
	matin 1	134	81
	matin 2	131	77
	matin 3	135	82
	soir 1	124	80
jour 2			
	08/11/2022		
	matin 1	117	67
	matin 2	118	67
	matin 3	124	80
	soir 1	100	66
jour 3			
	09/11/2022		
	matin 1	107	63
	matin 2	104	68
	matin 3	115	66
	soir 1	128	85
soir 2	127	76	
soir 3	122	74	
moyenne		118	71,833333

Centre d'expertise médicale du personnel navigant
Hopital d'instruction des armées Robert PICQUE
351 route de Toulouse - CS 80002
33882 VILLENAVE d'ORNON cedex



N° patient : C2051803299

DR NGUYEN HUYNH SYLVAIN
AEROPORT DE BORDEAUX MERIGNAC/CAPELLA CIDEX
B20

33700 MERIGNAC
Né(e) ROUGE le 16/09/1964
Sexe : Masculin Age : 58 Ans Champire :

Demande n° 21/10/22-UB-0149

Prélevé le 21/10/22 à 10h30

Enregistré le 21/10/22 à 10h12

Édité le vendredi 21 octobre 2022 à 15:23

Pour tous renseignements : ACCUEIL

Prescription du DR NGUYEN HUYNH SYLVAIN

Anticorps irréguliers connus :

Compte rendu d'analyses

Changement de notre système informatique de laboratoire entraînant une rupture d'antériorités des résultats sur nos comptes rendus. Les techniques de réalisation des examens sont inchangées, les résultats restent comparables.

HÉMATOLOGIE

Sang total

Tous les examens sont couverts par l'accréditation COFRAC n°B-1371 - Examens médicaux. liste des sites et portées disponible sur www.cofrac.fr

Antériorités

Antériorités

Valeurs de référence



NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes	6,3 G/L	3,6 à 11,0
Impédance électrique		
Hématies	5,06 T/L	4,30 à 5,80
Impédance électrique		
Hémoglobine	15,9 g/dL	13,4 à 16,7
Photométrie		
Hématocrite	46,7 %	39,0 à 50,0
V.G.M.	92,2 fL	79,0 à 97,0
T.C.M.H	31,4 f9	26,0 à 33,0
C.C.M.H.	34,1 g/dL	32,0 à 36,0
IDR	13,4 %	12,0 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Synthèse de flux

Polynucléaires neutrophiles	58,2%	1,7 à 7,5
Polynucléaires éosinophiles	2,3%	0,04 à 0,63
Polynucléaires basophiles	0,8%	< 0,10
Lymphocytes	27,5%	1,20 à 4,00
Monocytes	11,2%	0,20 à 0,70
PLAQUETTES		150 à 400
Impédance électrique		
V.P.M.		7,4 à 11,0

BIOCHIMIE DU SANG

Sérum ou plasma

Antériorités

Valeurs de référence

Tous les examens sont couverts par l'accréditation COFRAC n°B-1371 - Examens médicaux. liste des sites et portées disponible sur www.cofrac.fr

Patient à jeun

OUI

ASPECT DU PRELEVEMENT

Photométrie

Limpe

Absence d'ictère

Absence d'hémolyse

CREATININE

Technique enzymatique modifiée (IMS)

7,2 mg/L

64 µmol/L

6,7 à 11,7

59 à 103

Age

Poids communiqué

Clairance créatinine estimée selon Cockcroft & Gault

DFG calculé selon MDRD

DFG calculé selon CKD-EPI

131,5 mL/min

113,40 mL/min/1,73m²

102,8 mL/min/1,73m²

• Valeurs de référence DFG (MDRD et CKD-EPI) : > 60 mL/min/1,73 m² de 18 à 75 ans

Un DFG > 60 mL/min/1,73 m² associé à l'absence de marqueurs d'atteinte rénale permet d'exclure une maladie rénale chronique.

Aucune des équations de calcul présentées ci-avant n'est validée chez les patients de moins de 18 ans ou de plus de 75 ans et/ou présentant un poids extrême ou des variations de la masse musculaire et/ou recevant une alimentation pauvre en protéine animales ou végétales.

Le calcul des posologies des médicaments doit être réalisé en fonction de la clairance de la créatinine estimée avec la formule de Cockcroft et Gault.

En cas de maladie rénale chronique (MRC) avec présence de marqueurs d'atteinte rénale, le stade peut être défini à partir du DFG estimé (HAS 2012)



Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	Entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (et à 2 ou 3 examens consécutifs)

GLYCEMIE A JEUN

Enzymatique
 Les valeurs de référence pour le dosage de la glycémie à jeun pendant la grossesse sont 0,74 – 0,91 g/L (4,11 – 5,00 mmol/L)
 0,93 g/L
 5,16 mmol/L
 0,74 à 1,10
 4,11 à 6,11

EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE

CHOLESTEROL TOTAL

Enzymatique
 2,57 g/L
 6,66 mmol/L
 0,69 g/L
 1,78 mmol/L
 > 0,40
 > 1,00

Cholestérol HDL

Enzymatique
 1,74 g/L
 4,50 mmol/L
 1,88 g/L
 4,87 mmol/L
 0,36 à 1,50
 0,40 à 1,71

Cholestérol LDL

calculé par la formule de Friedewald

Cholestérol non HDL

calculé

TRIGLYCERIDES

Enzymatique

INTERPRÉTATION :

Les valeurs de référence sont données à titre indicatif pour un sujet à jeun depuis 12 heures.

En l'absence de maladie cardiovasculaire documentée, en prévention primaire, l'interprétation de l'AL, et de la valeur du C-LDL, en particulier, doit être intégrée dans l'évaluation globale du risque cardio-vasculaire (RCV) à l'aide de la table de SCORE (Système Coronary Risk Estimation – European Low Risk Chart), disponible sur le site internet de la HAS et sur le site www.has-sante.fr.
 En cas de maladie cardiovasculaire documentée, en prévention secondaire, le risque cardiovasculaire sera d'emblée considéré très élevé.
 Ce tableau n'est pas adapté pour les patients hypertendus sévères (TA ≥ 180/110 mmHg), diabétiques, insuffisants rénaux chroniques ou atteints d'hypercholestérolémie familiale.
 L'objectif du cholestérol non-HDL est calculable pour les patients à RCV modéré à très élevé en ajoutant 0,30 g/L (0,80 mmol/L) à la valeur de la cible de C-LDL pour le RCV considéré.

Référence : ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias 2011 et 2016 (suite à l'abrogation le 21/11/2018 des recommandations de la HAS)

Niveau de RCV	SCORE	Objectif de C-LDL à atteindre
Faible	< 1%	< 1,90 g/L (4,90 mmol/L) (ESC 2011) < 1,15 g/L (3,00 mmol/L) (ESC 2016)
Modéré	≥ 1 % et < 5 %	< 1,15 g/L (3,00 mmol/L)
Élevé	≥ 5 % et < 10 %	< 1,00 g/L (2,60 mmol/L)
Très élevé	≥ 10 %	< 0,70 g/L (1,80 mmol/L)

C R P
 Turbidimétrie

< 1 mg/L

TRANSAMINASE TGO (ASAT)

Enzymatique

26 UI/L

TRANSAMINASE TGP (ALAT)

Enzymatique

30 UI/L

GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GGT)

Enzymatique

23 UI/L

Validé le 21/10/22 par DR HAMADI INES