



FUENTES

Tony

Njf : FUENTES

Né(e) : 12/01/1979

HOP JOUR CPEMPN

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

xe au formulaire pour demande de certificat médical)

3 PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : / Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / Lieu de naissance :

Table with columns for (201) Catégorie d'examen, (202) Taille, (203) Poids, (204) Yeux couleur, (205) Cheveux couleur, (206) Tension artérielle (systolique/diastolique), (207) Pouls au repos.

Table for clinical examination (Examen clinique) with columns for 'normal' and 'anormal' for items (208) to (227).

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire. Handwritten notes in French describing patient history and symptoms.

(229) Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (de loin à 5m/6m en dixième)

Table for visual acuity (Acuité visuelle) with columns for 'Lunettes/Contact' and 'Corrigée à'.

Table for intermediate vision (Vision intermédiaire) with columns for 'sans correction' and 'avec correction'.

Table for near vision (de près) with columns for 'sans correction' and 'avec correction'.

Table for glasses (Lunettes) and contact lenses (Lentilles de contact) with columns for 'Oui/Non' and 'Type'.

Table for color perception (Perception des couleurs) with columns for 'Normale' and 'Anormale'.

Table for hearing (Audition) with columns for 'Oreille droite' and 'Oreille gauche'.

Table for hearing (Audition) with columns for frequency (Hz) and hearing level.

Table for respiratory function (Fonction respiratoire) and hemoglobin (Hémoglobine).

(235) Analyse d'urine Normale [] Anormale []

Table for urine analysis (Analyse d'urine) with columns for Glucose, Protéines, Sang, and Autres.

Table for reports (Rapports annexés) with columns for 'Non réalisé', 'Date', 'normal', and 'anormal'.

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : / Nom : / Signature: / Doctor's signature and name.

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe: / certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe: / INAPTE pour la classe: / Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer: le destinataire: / le motif:

* Renvoi/concertation / Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat. / Décision N° du / Libellé:

Table for application field (Champ d'application du certificat) with columns for CLASSE 1, CLASSE 2, LAPL, and PNC/CCA.

(248) Commentaires, limitations : / Handwritten notes: cl1 -> 01/06/2023 / mono -> 02/11/2022

(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.

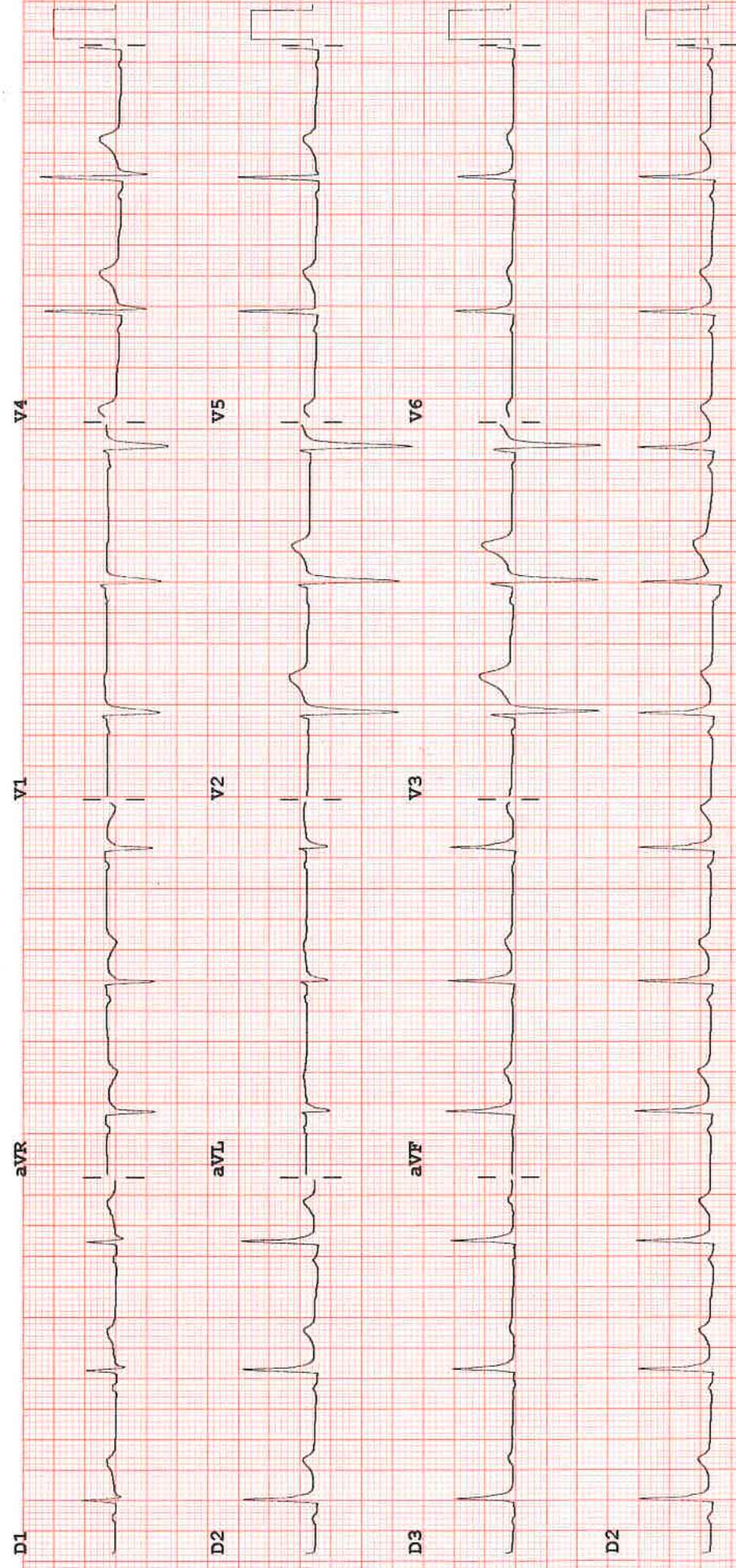
(250) date : 02/05/2022 / et lieu: CLAMART / Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: MC Jonathan MONIN / Agrément Classé LAPL, PNC n°10447 / Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: / Numéro d'AME:

FUETI2011979 02/05/2022 09:34:39 FUENTES (001)
43 Ans Masc. PA: 119/83 serv : CPEMPN (01)

FC 69
RR 870
PR 137
QRS 91
QT 377
QTcB 404
QTcF 395
--AXES--
P 41
QRS 77
T 47

FONCTION FNT
IDE MD

Docteur BRESSON C.
Service de Santé des Armées
N° RPPS 10005196836
Bât : (00001)



Inst: TC70_66 Vit.: 25 mm/s Pérph: 10 mm/mV Préc : 10,0 mm/mV F 50~ 0,15-100 Hz PH10 CL P?



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secrét médical

1. Pays de naissance (du demandeur)

2. Sexe du demandeur (à compléter)

3. Nom

FUENTES

4. Date de naissance

12/01/79

5. Numéro de carte

6. Prénom

TONY

7. Sexe

Masculin
 Féminin

Indiv.
 Renouvellement/prorogation

8. Numéro de référence

301. Consentement à l'envoi de renseignements médicaux

Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront la propriété de l'Autorité à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date

Signature du demandeur

Signature du médecin examinateur (AME)

302. Catégorie d'examen

- Initial
- prorogation
- Renouvellement
- Recours spécial

303. Antécédents ophtalmologiques

φ Cc - φ H - φ Atud - φ SF/Trauma

Examen clinique

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux aspect externe & paupières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux segment antérieur (lampe à fente, pontaloscope)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	2 cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

A la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	Ortho		
Eso	Eso		
	Exo		
	Hyper		
	Cydo		

Non Phorie Oui Non
 Non effectué Normal Anormal

Test Type ISHIHARA (24 planches)
 Nombre d'erreurs

de couleurs indiqué Oui Non

normal Anomaloscope Anormal

Antécédents ophtalmologiques

Acuté visuelle

(314) Vision à distance (à 5/6m)

Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
Œil droit	12/10	Corrigé à	10	10	10
Œil gauche	12/10	Corrigé à	10	10	10
Vision Binoculaire	12/10	Corrigé à	10	10	10

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
Œil droit	10	Corrigé à	10	10	10
Œil gauche	10	Corrigé à	10	10	10
Vision Binoculaire	10	Corrigé à	10	10	10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
Œil droit	P2/10	Corrigé à	10	10	10
Œil gauche	P2/10	Corrigé à	10	10	10
Vision Binoculaire	P2/10	Corrigé à	10	10	10

(317) Réfraction

	Sph.	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit				
Œil gauche				

Prescription optique basée sur la réfraction objective

(318) Lunettes

Oui Non
 Type Oui Non

(319) Lentilles de contact

(320) Tension intra-oculaire

Droit 15 mmHg Gauche 14 mmHg

Méthode AIR

Normal Anormal

2/MAY/2022 9:16 AM
 VD=13.75mm
 <R>
 S C A
 + 0.00 -0.25 95 9
 + 0.25 -0.25 90 9
 + 0.25 -0.25 90 9
 + 0.25 -0.50 100 9
 + 0.00 -0.25 95 9
 <+ 0.00 -0.25 95>
 <+ 0.00 SE >
 <L>
 S C A
 + 0.25 -0.25 120 9
 + 0.25 -0.25 120 9
 + 0.25 -0.25 135 9
 <+ 0.25 -0.25 120>
 <+ 0.25 SE >
 PD 62
 NIDEK ARK-730A

Département d'Expertise Aéronautique
 CPEMPN - IIA Percy

Unité Fonctionnelle d'Ophtalmologie
 101, Avenue Henri Barousse - BP 406

AME	RXO						

Nom et adresse de l'examineur (en majuscules)

N° d'AME ou de spécialiste

Signature du médecin examinateur agréé

Email
 Téléphone N°
 Fax N°

Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste

Apté Inapte

MINISTÈRE DES ARMÉES



HIA PERCY

Département d'Expertise Aéronautique

CENTRE PRINCIPAL D'EXPERTISE MÉDICALE
DU PERSONNEL NAVIGANT

Madame, Monsieur,

Vous effectuez une **visite d'expertise révisionnelle** au CPEMPN tandis que la circulation du SARS-CoV2 perdure et vous êtes **Personnel Navigant civil** technique ou commercial.

La forte réduction prolongée des visites d'aptitude des navigants dans les CEMPN en 2020, la reprise d'une activité progressive liée aux nécessaires mesures barrières, les prolongations des certificats d'aptitude sur dérogation des autorités et la fermeture du CEMPN de Bordeaux ont entraîné une demande inhabituelle de RDV à partir de mai 2020, laquelle est encore pressante actuellement. En outre, il existe une contrainte RH forte dans le Service d'Ophtalmologie.

De fait, il a été nécessaire d'adapter le contenu des visites d'expertise PN révisionnelle depuis cette période. Les textes réglementaires européens ont été ré-analysés et un avis a été pris auprès de l'autorité aéromédicale civile (Pôle médical).

En conséquence, au grès de l'adéquation entre le nombre de visites PN et le nombre de personnels présents, vous pourrez constater un allègement volontaire du contenu de cette visite dite « en ambiance Covid », en accord avec le règlement EASA et les bonnes pratiques aéromédicales.

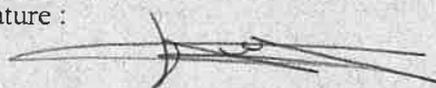
Concernant la partie ophtalmologique, il vous est demandé si depuis la visite précédente vous avez présenté un évènement ophtalmologique, ou si vous présentez actuellement des signes fonctionnels ou physiques de l'appareil visuel, pour adapter le contenu final de votre visite. Merci de bien vouloir renseigner la partie ci-dessous :

Je soussigné(e), ...*Tony FUENTES*....., né(e) le *12/01/1979*..

Déclare n'avoir présenté ni évènement ni symptôme ophtalmologique depuis la dernière visite.

Déclare les éléments nouveaux suivants.....

Date : ...*02/03/2022*..... Signature :





ANNEXE AU RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Secret médical

Nom: FUENTES

Prénom: Tony

Date de naissance: 12/11/1979

Lieu de naissance:

PNP

		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
O. D.	C.A.	10	10	10	10	10	10	30	10
	C.O.								
O. G.	C.A.	10	10	10	10	10	15	20	10
	C.O.								

Audiométrie vocale réalisée le :

EXAMEN RÉALISÉ PAR

EC

AUDIOGRAMME STABLE

Date: 2/05/22 Lieu: Clusart

Signature du médecin examinateur

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:	
(3) Nom : FUENTES		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : TONY		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/01/1979		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : FRANCE		(9) Nationalité : FRANCAISE	(15) Profession (principale) : PNT
(10) Adresse permanente : 65 RUE DES 13 SAULES 95470 ST WITZ Pays : FRANCE N° de téléphone : 06 78379373 Courriel : tony.fuentes3@gmail.com		(11) Adresse postale (si différente)	(16) Employeur : DASSAULT FALCON SERVICE
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(17) Dernier examen médical : Date : Mai 2021 Lieu : PERCY	
types Numéro de licence Pays de délivrance		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
ATPL 00209214 FRANCE		(21) Nombre total d'heures de vol : 7800	
(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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 2350	
Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : FALCON 7X	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé : COURT/Moyen/Long	
Détails :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(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 :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :			

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 »

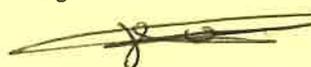
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(170) Affection cardiaque	<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"/>	(171) Hypertension artérielle	<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"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<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"/>	(173) Epilepsie	<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"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	(176) Tuberculose	<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"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 :

(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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 DONNEES 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'PARAMED.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) (i) / (ii) ainsi qu'aux assureurs médicaux des autorités compétentes de mon pays membre de l'Union européenne et de faciliter l'application de l'PARAMED.150 (c) (4).

Date : **02/05/2021**

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :
N° RPPS 10065196836



I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence
III	Numéro de certificat / Certificate number FRANCE 00209219
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder FUENTES TONY
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 12/01/1979
VI	Nationalité / Nationality FRANCAISE
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

II	Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate
IX	Date d'expiration du certificat médical pour avec transport de passagers / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 02/11/2022
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote / Class 1, single pilot commercial operations carrying passengers 10/06/2023
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 02/05/2024
	Classe 2 / Class 2 02/05/2024
	LAPL / LAPL 02/05/2024

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 02/05/2022
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor MC Jonathan MONIN
	Agencement Classé / 2 LAPL JINX 110447

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 02 MAI 2022
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 02 MAI 2022
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 02 MAI 2022

