RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac DSAC

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : FUENTES   Prénoms : Tony   Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/01/1979
Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	164 cm	67,3 kg ok	BARRON	BRUN	Systolique 112 ok	Diastolique 73	Pulsations (bpm) 81	Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

43 ans, NDE (? 3). [illegible] PNT Dassault basé Bourget ⊕ Afrique F7X CdB [illegible]. [illegible]
[illegible] - Rythme ok. Sommeil ok.
[illegible], méd. [illegible] cholécystectomie (2000 ?) [illegible]. [illegible]
[illegible] tabac. 0 [illegible] -OH [illegible]

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

(229) (de loin à (5m/6m en **dixième**)		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction		Corrigée à	
Œil gauche sans correction		Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☐	☐
Œil gauche	☐	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☐	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☐	☐
Œil gauche	☐	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☐	☐

(232) **Lunettes**		(233) **Lentilles de contact**		
Oui ☐ Non ☐ Type :		Oui ☐ Non ☐ Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire**		(237) **Hémoglobine**
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	13,6 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
⊖	⊖	⊖	⊖

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	03/05/23	☒	☐
(239) Audiogramme	☒	03/05/23	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	03/05/23	☒	☐
(241) Examen ORL	☐		☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

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

Avis :	Nom :
Apte Cl 1 Cl 2	Signature : [signature]

Docteur BRESCON C. Service de Santé des Armées RPPS 10005168836

(247) **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 :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	☒	☒	☐	☐

(248) **Commentaires, limitations :**

Apte -> 10/06/2024 [illegible]
Mono -> 03/11/2023

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

Je soussigne 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 : 03/05/2023 et lieu: CLAMART LE	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé Médecin en chef Sébastien BISCONTE Chef de service adjoint Spécialiste de médecine aéronautique CPEMPN - HIA PERCY - Clamart N° RPPS : 10004978309 Fax: Telephone: E-mail:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: LE DIRECTEUR Numéro d'AME

Réf Rapport examen médical 03 09 2019

43 Ans

FOENIES12011979, TONY
Masc.

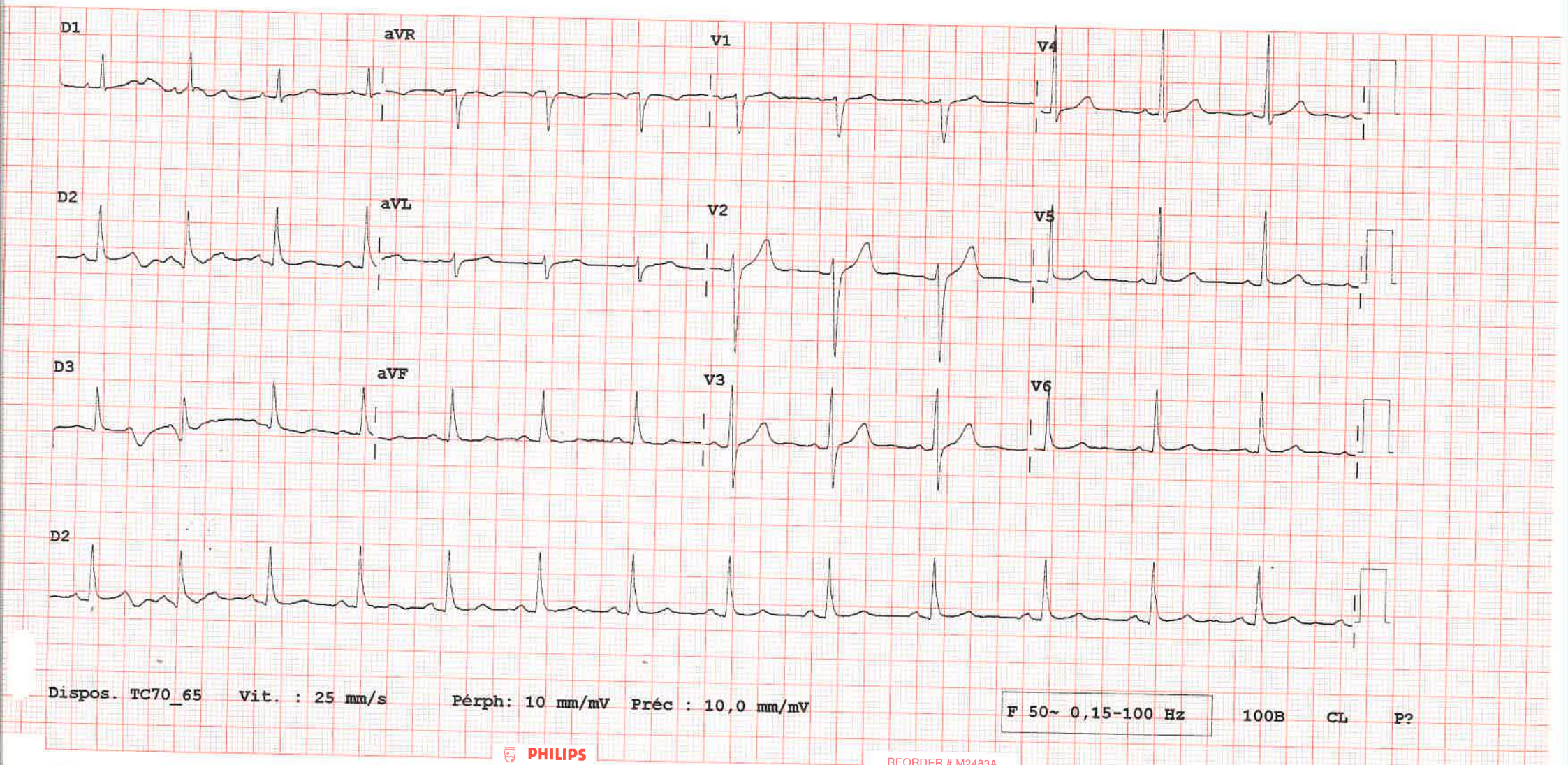
03/05/2023 08:42:27
164 cm 67 kg PA:112/73 (001)
(00001)
CPEMPN (01)

FC	81
RR	741
PR	150
QRSD	94
QT	363
QTcB	422
QTcF	401
--AXES--	
P	65
QRS	70
T	12

12 dériv. ; position standard

FONCTION	PNT
IDE	AP

Docteur BRESCON C.
Service de Santé des Armées
N° RPPS 10005196836



Dispos. TC70_65 Vit. : 25 mm/s Périph: 10 mm/mV Préc : 10,0 mm/mV

F 50~ 0,15-100 Hz 100B CL P?

PHILIPS

REORDER # M2483A

dgac

DSAC

RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence

(2) Classe du certificat médical demandée: [x] 1 [ ] 2 [ ] LAPL [ ] PNC/CCA

(3) Nom usuel: FUENTES

(4) Nom de naissance

(12) Genre sollicité: [ ] Initial [x] Renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s): Tony

(6) Date de naissance: 12/01/79

(7) Sexe: [x] Masculin [ ] Féminin

(13) 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 et demeureront 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
- [x] Renouvellement
- [ ] Recours spécial

(303) Antécédents ophtalmologiques

Ø Att
Ø SF
Ø trauma

Examen clinique

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	[ ]	[ ]
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope)	[ ]	[ ]
(306) Position et mobilité oculaire	[ ]	[ ]
...n)	[ ]	[ ]
	[ ]	[ ]
	[ ]	[ ]
cm	[ ]	[ ]
D	[ ]	[ ]

3/MAY/2023 8:38 AM
VD=13.75mm
```
<R>   S      C       A
  - 0.25 -0.25  90  9
  + 0.00 -0.25  85  9
  + 0.00 -0.25  80  9
 <+ 0.00 -0.25  85>
 <- 0.25 SE         >
<L>   S      C       A
  + 0.25 -0.25 105 *9
  + 0.25 -0.25 110 *9
  + 0.50 -0.25 115 *9
 <+ 0.25 -0.25 110>
 <+ 0.25 SE         >
PD 62
    NIDEK   ARK-730A
```

...ptries prismatique

	De près à 30-50 cm
Ortho	
Eso	
Exo	
Hyper	
Cyclo	

Phorie [ ] Oui [ ] Non

...ion effectué [ ] Normal [ ] Anormal

Type ISHIHARA (24 planches)

Nombre d'erreurs

...uleurs indiqué [ ] Oui [ ] Non

...al — Normal — Anormal

Lanterne de Beyne [ ] [ ] Anomaloscope [ ] [ ]

[ ] Normal [ ] Anormal

Acuité visuelle

(314) Vision à distance (à 5/6m)

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

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

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

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit				
Œil gauche				

Prescription optique basée sur la réfraction objective

(318) Lunettes: [ ] Oui [x] Non — Type

(319) Lentilles de contact: [ ] Oui [x] Non — Type

(320) Tension intra-oculaire

Droit 14 mmHg — Gauche 16 mmHg

Méthode: [x] Normal [ ] Anormal — Air

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques

VDL	VML	VNL	TML	VCL	CCL	RXO

(322) Déclaration du médecin examinateur

Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date: 03/05/23

Signature du médecin examinateur agréé

Nom et adresse de l'examinateur (en majuscules)

E-mail

Telephone No

Fax No

N° d'AME ou de spécialiste

Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste: [ ] Apte [ ] Inapte

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES ARMEES

Service de Santé des Armées

HIA PERCY
Département d'Expertise Aéronautique

CENTRE PRINCIPAL D'EXPERTISE MEDICALE
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 entrainé 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 allégement 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 : 03/05/2023 Signature :

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac DSAC

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE

(13) N° référence:

(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(3) Nom : FUENTES

(4) Nom de naissance

(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : TONY

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/01/1979

(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐

(14) Type de licence désirée : ATPL

(15) Profession (principale) : PILOTE

(8) Lieu et pays de naissance : COMPIEGNE FRANCE

(9) Nationalité : FRANCAISE

(16) Employeur : DASSAULT FALCON SERVICE

(10) Adresse permanente : 53 RUE DE MEAUX 60300 SENLIS
Pays : FRANCE
N° de téléphone : 0678379373
Courriel : tony.fuentes3@gmail.com

(11) Adresse postale : (si différente)
Pays :
N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :
Date : 02/05/2022
Lieu : PERCY

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance
ATPL	00209219	FRANCE

(19) Conditions, limitations du certificat médical:
Non ☒ Oui ☐ détails :

(21) Nombre total d'heures de vol : 8380

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 400

(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : FALCON 7X/8X

(25) Type de vol envisagé : COURT / MOYEN / LONG

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒

(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez vous du tabac ?
Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :
Oui ☐ 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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒
(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒
(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☒
(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒
(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒
(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒
(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒
(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒
(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒
(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒
(123) Paludisme, autre maladie tropicale LOI4	☒	☐
(124) Test VIH positif	☐	☒
(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
(129) Hospitalisation	☐	☒
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒

Antécédents familiaux	Oui	Non
(170) Affection cardiaque	☐	☒
(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(173) Epilepsie	☐	☒
(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
(175) Diabète	☐	☒
(176) Tuberculose	☐	☒
(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(178) Maladie héréditaire	☐	☒
(179) Glaucome	☐	☒
A remplir uniquement pour les femmes		
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐
(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐

(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 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 aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour entreprendre 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'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 : 03/05/2023

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Service de Santé
N° RPPS 10005196830

I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / *Authority that issued or is to issue the pilot licence*

FRANCE

III Numéro de certificat / *Certificate number*

002099?19

CAMR-DFR0089899

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 (JJ/MM/AAAA) / *Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)*

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / *Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers*

03/11/2023

Classe 1, autres exploitations commerciales / *Class 1 other commercial operations*

10/06/2024

Classe 2 / *Class 2*

03/05/2025

LAPL / *LAPL*

03/05/2025

XIII Limitations / *Limitations*

Code - Description / *Code - Description*

X Date de délivrance / *Date of issue*

03/05/2023

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / *Signature of issuing AME or medical assessor*

MC Sébastien BISCONTE
Agrément Classe 1,2,LAPL,PNC n°03934

XI Cachet / *Stamp*

CENTRE PRINCIPAL PERSONNEL NAVIGANT * PARIS *
LE DIRECTEUR

Date de l'examen médical / *Date of medical examination*

03 MAI 2023

Date du dernier électrocardiogramme / *Date of last electrocardiogram*

03 MAI 2023

Date du dernier audiogramme / *Date of last audiogram*

02/05/2022