Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac
DSAC

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 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(3) Nom : FLECKINGER

(4) Nom de naissance

(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : JEAN, MATHIEU

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/10/1968

(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐

(14) Type de licence désirée :

(15) Profession (principale) : Pilote hélicoptère

(8) Lieu et pays de naissance : COLMAR FRANCE

(9) Nationalité :

(16) Employeur : HELICONIA

(10) Adresse permanente : 12 RUE HAUSSMANN 68124 LOGELBACH FRANCE

Pays :

N° de téléphone : +33698293435

Courriel : JEAN.FLECKINGER@GMAIL.COM

(11) Adresse postale : (si différente)

Pays :

N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :
Date : 28/09/2023
Lieu : KEHL ALLEMAGNE

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

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance
ATPL H	FRA.FCL.AH.000039898	FRANCE

(21) Nombre total d'heures de vol : 7850

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 160

(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) : AW 139 HELICOPTERE

(25) Type de vol envisagé : CAT

(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:
ESOMERAZOLE 20 MG : HERNIE HIATALE

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☒ consommation journalière 1 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	☐	☒
(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 :** 128/129/ LIGAMENT CROISÉ ANTERIEUR 1986
130 : VISITE ROUTINE MED GEN ET OPHTALMOLOGUE
175 : DIABETE GRAND MERE MATERNELLE

(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 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 : 12/09/2024

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CARREA
Médecine Aéronautique
SNMED-004
FAA-00773
DGAC

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac DSAC

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

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

NOM : FLECHINGER Prénoms : JEAN MATHIEU

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 12/10/1968
Lieu de naissance : COLMAR

(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	176 cm	89 kg	VERT	MARRON	Systolique 139	Diastolique 99	Pulsations (bpm) 64	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

CDD. AW139. Hélicoma (3cm) · 56ans. Suivi ophtalmo. Psycho et médecine
Stat. ou tabac = 0
Alc = occ.
Mal : Colonscopie 2020 diverticulose non compliquée connue. omeprazole ; Mdt =

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	10
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10

(230) **Vision Intermédiaire**

N14 lu à 100cm	sans correction Oui	sans correction Non	avec correction Oui	avec correction Non
Œil droit	☐	☐	☑	☐
Œil gauche	☐	☐	☑	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☑	☐

(231) **de près**

N5 lu à 30 - 50cm	sans correction Oui	sans correction Non	avec correction Oui	avec correction Non
Œil droit	☐	☐	☑	☐
Œil gauche	☐	☐	☑	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☑	☐

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

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

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0

(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**

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(237) **Hémoglobine** (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

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

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	19-09-24	☐	☐
(239) Audiogramme	☐	12-03-24	☑	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐	19-09-24	☑	☐
(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 : Apte.

Nom :
Signature :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773

(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 :**

Vu.
Bio 13-06-2024 = CT = 2,37 ; GGT = 41 ; ASAT = 22 ALAT 27 - PSA = 4,33
CR = médecine préventive OK
Apte durée → 25-10-2025

(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 :
et lieu: 12-09-2024

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL
Fax:
Telephone:
E-mail:

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:
Numéro d'AME:

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773

Page réservée aux autorités compétentes
pour délivrer le passeport
Página reservada a las autoridades competentes
para expedir el pasaporte / Forbeholdt de pasudstedende
myndigheder / Amtliche Vermerke
Προορίζεται για τις αρχές που είναι αρμόδιες για την
έκδοση του διαβατηρίου / Page reserved for issuing authorities
Leathanaigh in áirithe d'údaráis eisiúnà
Pagina riservata all'autorità
Opmerkingen van bevoegde instanties
Página reservada às entidades competentes
para emitir o passaporte / Varattu passinantoviranomaisille
Förbehållet utlämnande myndighet.

03

Ce passeport contient un composant électronique.
Il convient d'en prendre soin, et en particulier
de ne pas le plier, le perforer, l'exposer à des températures
extrêmes ou à une humidité excessive.

This passport contains sensitive electronics.
For best performance please do not bend,
perforate or expose to extreme temperatures
or excess moisture.

Signature du titulaire/*Holder's signature*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PASSEPORT
PASSPORT

Type/*Type*: P
Code du pays/*Country code*: FRA
Passeport n°/*Passport no.*: 16FV02748

Nom/*Surname (1)*: FLECKINGER
Prénoms/*Given names (2)*: Jean,Mathieu
Nationalité/*Nationality*: Française
Sexe/*Sex*: M
Taille/*Height (12)*: 1,77 m
Couleur des yeux/*Colour of eyes (13)*: VERTE
Date de naissance/*Date of birth (4)*: 12 10 1968
Lieu de naissance/*Place of birth (6)*: COLMAR
Date de délivrance/*Date of issue*: 19 07 2016
Autorité/*Authority (9)*: Préfecture du Var TOULON
Date d'expiration/*Date of expiry (8)*: 18 07 2026
Domicile/*Residence (11)*:
970 CH LA FONT DES HORTS
VILLA 10
83400 HYÈRES
FRANCE

P<FRAFLECKINGER<<JEAN<MATHIEU<<<<<<<<<<<<<<<
16FV027488FRA6810122M2607182<<<<<<<<<<<<<<02

Staat, der die Pilotenlizenz ausgestellt hat oder ausstellen wird / State that issued or is to issue the pilot licence:

Frankreich

I Zeugnisnummer / Certificate number:

DE 1193794-8

/ Name und Vorname des Inhabers / Last and first name of holder:

Fleckinger **Jean Mathieu**

IV Geburtsdatum *(TT/MM/JJJJ)* / Date of birth *(dd/mm/yyyy)*:

12/10/1968

I Staatsangehörigkeit / Nationality:

französisch

II Unterschrift des Inhabers / Signature of holder:

XIII Einschränkungen / Limitations:
Kürzel / Code:

VML

X Datum der Ausstellung *(TT/MM/JJJJ)* / Date of issue *(dd/mm/yyyy)*:

05/10/2023

Unterschrift des ausstellenden AME / des medizinischen Sachverständigen / (des Arztes für Allgemeinmedizin) / Signature of issuing AME / medical assessor / (GMP):

XI Stempel / Stamp:

Mario Frenk
Hauptstraße 41
77694 Kehl
Tel.: 07851 4609 Fax: 07851 4789 E-Mail:
flugmedizin@blaue-praxis.de

1001679-2

IX Ablaufdatum dieses Zeugnisses / Expiry date of this certificate:

Klasse 1 gewerbsmäßiger Betrieb mit Personenbeförderung auf Luftfahrzeugen, die mit nur einem Piloten betrieben werden *(TT/MM/JJJJ)* / Class 1 Single pilot commercial operations carrying passengers *(dd/mm/yyyy)*:

25/04/2024

Klasse 1 sonstiger gewerbsmäßiger Betrieb *(TT/MM/JJJJ)* / Class 1 other commercial operations *(dd/mm/yyyy)*:

25/10/2024

Klasse 2 *(TT/MM/JJJJ)* / Class 2 *(dd/mm/yyyy)*:

25/10/2024

LAPL *(TT/MM/JJJJ)* / LAPL *(dd/mm/yyyy)*:

25/10/2025

Datum des letzten Elektrokardiogramms *(TT/MM/JJJJ)* / Date of last electrocardiogram *(dd/mm/yyyy)*:

28/09/2023

Datum des letzten Audiogramms *(TT/MM/JJJJ)* / Date of last audiogram *(dd/mm/yyyy)*:

28/09/2023

Datum der letzten augenfachärztlichen Untersuchung *(TT/MM/JJJJ)* / Date of last ophthalmological examination *(dd/mm/yyyy)*:

31/08/2022

Datum der medizinischen Untersuchung *(TT/MM/JJJJ)* / Date of medical examination *(dd/mm/yyyy)*:

28/09/2023

ED.A.020 Eingeschränkte Tauglichkeit / Decrease in medical fitness

) Lizenzinhaber dürfen die Rechte in Verbindung mit ihrer Lizenz und damit zusammenhängenden Berechtigungen oder Zeugnissen nicht ausüben, wenn sie: / Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:

(1) sich einer Einschränkung ihrer Tauglichkeit bewusst sind, die es ihnen unmöglich machen könnte, diese Rechte sicher auszuüben; / are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;

(2) ein verschreibungspflichtiges oder nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel einnehmen oder anwenden, das sie in der sicheren Ausübung der mit der geltenden Lizenz verbundenen Rechte beeinträchtigen könnte; oder / take or use any prescribed or non-prescribed medication that is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence, or;

(3) sich einer ärztlichen, chirurgischen oder sonstigen Maßnahme unterziehen, die die Flugsicherheit beeinträchtigen könnte. / receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

(b) Lizenzinhaber müssen sich zudem unverzüglich flugmedizinisch beraten lassen, wenn sie: / In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:

(1) sich einem chirurgischen Eingriff oder einer invasiven Behandlung unterziehen; / have undergone a surgical operation or invasive procedure;

(2) mit der regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln begonnen haben; / have commenced the regular use of any medication;

(3) eine erhebliche Verletzung erlitten haben, die es ihnen unmöglich gemacht hat, als Mitglied einer Flugbesatzung tätig zu sein; / have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;

(4) an einer erheblichen Erkrankung gelitten haben, die es ihnen unmöglich gemacht hat, als Mitglied einer Flugbesatzung tätig zu sein; / have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;

(5) schwanger sind; / are pregnant;

(6) in ein Krankenhaus oder eine Klinik eingewiesen worden sind; oder / have been admitted to hospital or medical clinic, or;

(7) erstmals eine Sehhilfe tragen müssen. / first require correcting lenses.

Kürzel/Code	Einschränkung / Limitation
TML	Einschränkung der Gültigkeitsdauer des Tauglichkeitszeugnisses / restriction of the period of validity of the medical certificate
VDL	Korrektur für eine eingeschränkte Sehschärfe in der Ferne / correction for defective distant vision
VML	Korrektur für eine eingeschränkte Sehschärfe in der Ferne, der Zwischendistanz und der Nähe / correction for defective distant, intermediate and near vision
VNL	Korrektur für eine eingeschränkte Sehschärfe in der Nähe / correction for defective near vision
CCL	Korrektur ausschließlich durch Kontaktlinsen / correction by means of contact lenses only
VCL	Gültig nur bei Tage / valid by day only
HAL	Gültig nur, wenn Hörhilfen getragen werden / valid only when hearing aids are worn
APL	Gültig nur mit überprüfter Prothese / valid only with approved prosthesis
OCL	Gültig nur als Co-Pilot / valid only as co-pilot
OPL	Gültig nur ohne Passagiere / valid only without passengers
SSL	Besondere Einschränkung wie angegeben / special restriction as specified
OAL	Eingeschränkt auf bestimmte Flugzeugmuster nach Überprüfungsflug / restricted to demonstrated aircraft type
AHL	Gültig nur mit zugelassener Handsteuerung / valid only with approved hand controls
SIC	Besondere medizinische Untersuchungen / specific medical examinations
RXO	Spezielle augenärztliche Untersuchungen erforderlich / specialist ophthalmological examinations
OML	Gültig nur als qualifizierter Co-Pilot oder mit qualifiziertem Co-Piloten / operational multi-pilot limitation
OSL	Gültig nur mit Sicherheitspilot und in Luftfahrzeugen mit Doppelsteuer / operational safety pilot limitation
ORL	Gültig nur mit Sicherheitspilot und in Luftfahrzeugen mit Doppelsteuer, wenn Passagiere befördert werden / valid only with a safety pilot if passengers are carried

Bemerkungen / Remarks:

BUNDESDRUCKEREI

B 221286

Luftfahrt-Bundesamt

European Union

Klasse / Class 1 / 2 / LAPL

Tauglichkeitszeugnis / Medical Certificate

für eine Teil-FCL-Lizenz / pertaining to a Part-FCL licence

Ausgestellt gemäß Teil-MED / Issued in accordance with Part-MED

Dieses Tauglichkeitszeugnis entspricht ICAO-Standards, außer be
LAPL-Tauglichkeitszeugnissen / This medical certificate complies w
ICAO standards, except for the LAPL medical certificate

EASA-Formblatt 147 Ausgabe 1 / EASA form 147 issue 1

Laboratoire d'Analyses Médicales BARRAND

9 rue Robert Schuman 68000 COLMAR

Dr BARRAND Pascal
Pharmacien biologiste
Ancien interne des hôpitaux de Strasbourg
Membre de la société Francaise de biologie clinique

Dr BREIT Laure
Pharmacien biologiste
Ancienne interne des hôpitaux de Strasbourg
Diplôme universitaire d'antibiothérapie

Heures d'ouverture :
7h–19h
Samedi 7h–12h
Tél. 03.89.80.05.05
www.laboratoire-barrand.fr

Dossier N° : A240813055
Nom de naissance : FLECKINGER
Nom d'usage : FLECKINGER
Prénom de naissance : Jean
Prénom d'usage : Jean
Né(e) le : 12/10/1968 Sexe : M
Tél. 06.98.29.34.35 Mail. jean.fleckinger@gmail.com
Matricule INS : 168106806609743 (NIR)
Prescripteur : Dr KLEDY JEAN MARC

M. FLECKINGER Jean
12 RUE HAUSSMANN

68124 LOGELBACH

Prélèvement le 13/08/2024 à 08:26
Compte-rendu complet édité le 13/08/2024 à 10:44

HEMATOLOGIE

(EDTA)

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sysmex, XN-1000, Fluoro-cytométrie et impédancemétrie)

	Résultats		Valeurs de référence	Antécédents 17/08/2023
HEMATIES	5.38	T/L	(4.40–5.60)	5.55
Hémoglobine	16.1	g/dL	(13.4–16.7)	16.7
Hématocrite	46.2	%	(39.2–48.6)	49.1
VGM	85.9	fL	(82.2–96.3)	88.5
CCMH	34.8	g/dL	(32.4–36.3)	34.0
TCMH	29.9	pg	(27.3–32.8)	30.1
LEUCOCYTES	8.48	G/L	(4.00–10.40)	4.99
Polynucléaires neutrophiles	81.2 %	6.89 G/L	(1.90–6.60)	*2.49*
Polynucléaires éosinophiles	0.0 %	0.00 G/L	(0.00–0.50)	*0.26*
Polynucléaires basophiles	0.1 %	0.01 G/L	(0.00–0.15)	*0.05*
Lymphocytes	12.7 %	1.08 G/L	(1.20–3.60)	*1.76*
Monocytes	6.0 %	0.51 G/L	(0.20–0.70)	*0.43*
PLAQUETTES (Sysmex, XN-1000, Fluoro-cytométrie et impédancemétrie)	272	G/L	(170–404)	17/08/2023 247
VITESSE DE SEDIMENTATION (VGM, VT-72, Sédimentation, 1ère heure)	5	mm	(<20)	08/09/2022 14

BARRAND Pascal