

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) LE BRUN LOUPOT		(2) Certificat médical sollicité				Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
Clément		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité		<input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation			
(3) Né le: 12/11/1989 À: QUIMPER (29)		12210		(6) Date de naissance		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>			
		(8) Lieu et pays de naissance : Quimper France		(9) Nationalité : FRA		(14) Type de licence désirée : EASA			
(10) Adresse permanente : 3 Rue Dureau 53000 LILLE Pays : FRANCE N° de téléphone : 06 63 19 21 14 Courriel : clément.bruneau@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : Pilote		(16) Employeur : Selfly			
(18) Licence(s) de vol possédée(s)				(17) Dernier examen médical : Date : 23/10/15 Lieu : TOULOUSE		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :			
types		Numéro de licence		Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
EASA		FRA. FCL.CAC03/02422		FRANCE		1600			
(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: _____				(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP, MEA, SET AC12					
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu: _____				(25) Type de vol envisagé :					
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités				(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>					
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____				(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:					

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 type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input 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 type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute nature: dépression, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input 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 :

NEC

(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. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical, dans le respect du secret médical conformément à la réglementation en vigueur. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes dans le respect du secret médical à une autre section de médecine aéronautique d'un état membre de la communauté Européenne de l'espace économique européen et de la confédération suisse, étant entendu que ces documents sont destinés à l'examen médical d'aptitude. A tout moment, je peux avoir accès à mon dossier médical par une demande écrite au pôle médical.

Date : 20/10/16

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur :

[Signature]

Lib
RE

Clément

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

Né le: 12/11/1989

12216

À: QUIMPER (29)

Prénoms :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 188 cm	(203) Poids 85,6 kg	(204) Yeux couleur noisette	(205) Cheveux couleur brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 134 Diastolique 74	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 53 Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	------------------------	------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---	--

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

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

26 ans. OPL PC 12. Jet fly. En compte SE

tabac : jamais
alcool : chose et soisid
Red :
prob : escalade 1/23
velo

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

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

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	(233) Lentilles de contact	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Type :	Sph		Type :	Cylindre	
Réfraction			Axe	Ajouter	
Œil droit					
Œil gauche					

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
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 réalisés)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle		
Hz	500	1000
Oreille droite		
Oreille gauche		

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine
VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 → 31/10/2016

(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 :

20.10.2016

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature
Médecin chef suppléant
 F14 - AeMC - 05
 Numéro d'AMC

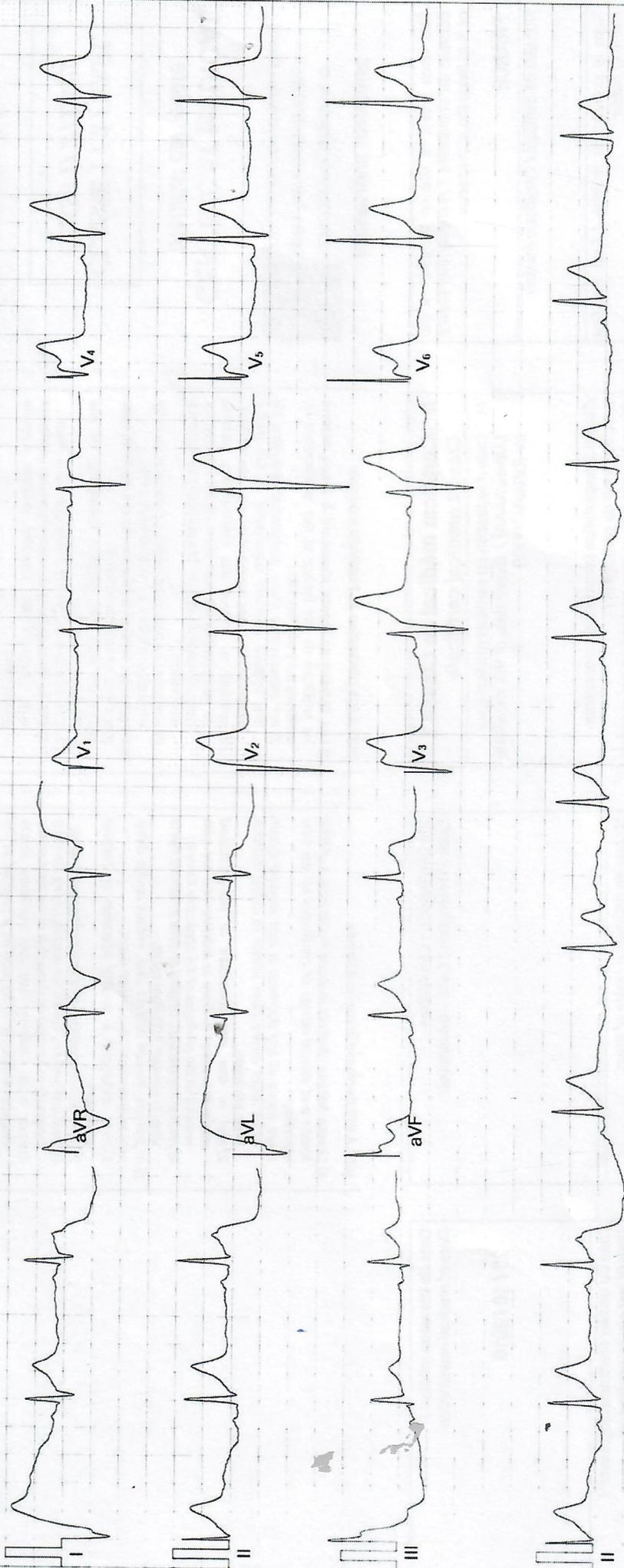
ECG

CEM

NOM: LE BRUN LOUPOT CLEMENT ID : 12210 Sexe : Homme Age : 26 DDN : 11-12-1989 Date Test : 10-20-2016 09:34
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Sandrine BORIO

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	371 ms
Durée Ech.:	21 s	Intervalle QTc :	371 ms
FC :	53 bpm	Axe P :	42.4°
Durée P :	89 ms	Axe QRS :	67.5°
Durée QRS :	107 ms	Axe T :	52.3°
Durée T :	234 ms	RV5/SV1:	1.27/0.94mV
Interval.PQ :	148 ms	RV5+SV1:	2.21mV

Suggestion :

Total Batts 19, Batts Normaux 19,*** Repolarisation précoce, Intervalle QT court, ECG Anormal ECG,

LE BRUN LOUPOT

Clément

Né le: 12/11/1989

À: QUIMPER (29)

Handwritten signature

12210

Signature Médecin: