

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES.

Secret médical

(1) Pays JAA de délivrance de licence : FRANCE		(2) Classe du certificat médical sollicité : ☒ 1 ☐ 2	
(3) Nom : LE BROW		(4) Nom de jeune fille :	
(5) Prénoms : CLÉMENT JAKY PIERRE		(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 12/11/89	
(8) Lieu et pays de naissance : QUIMPER FRANCE		(7) Sexe : ☒ Masc. ☐ Fem.	
(10) Adresse permanente : 17 b AVENUE DE TRÉBÉMORET 29120 PONT-L'ABBÉ		(9) Nationalité : FRANÇAISE	
(11) Adresse postale : (si différente) Pays : FRANCE N° de téléphone : 06.48.19.21.16		(12) Demande pour examen d'admission :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) (types) Numéro de licence : Pays de délivrance :		(13)	
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? ☒ Non ☐ Oui Date : Lieu : Détails :		(14) Type de licence désirée :	
(24) Accidents aérien ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? ☒ Non ☐ Oui Date : Lieu : Détails :		(15) Profession (principale) : Etudiant	
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne : 0		(16) Employeur :	
(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? ☒ Non ☐ Oui Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :		(17) Date du dernier examen médical : Date : Lieu :	
(29) Êtes-vous fumeur ? Oui ☐ Quantité : Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :		(19) Conditions, limitations, dérogations ☐ Non ☐ Oui Détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol : (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :	
		(23) Types d'avions actuellement utilisés :	
		(25) Type de vol envisagé :	
		(26) Activité aérienne actuelle : ☐ Pilote seul ☐ Equipage multipilotes	

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
	☒		☒		☒	Pour les femmes seulement	
(101) Maladie ou opération oculaire		(113) Traumatisme crânien		(124) Positivité au Test VIH		(150) Affection gynécologique	
(102) Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes et/ou des verres de contact	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☒	(151) Grossesse en cours	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☒	(126) Hospitalisation	☒	Antécédents familiaux	
(104) Allergie, rhume des foins, eczéma	☒	(116) Perte de conscience quel qu'en soit le motif	☒	(127) Tout autre maladie ou blessure	☒	(170) Affection cardiaque	☒
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	☒	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	☒	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☒	(171) Hypertension artérielle	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☒	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	☒	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☒
(107) Hypertension artérielle	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☒	(130) Refus de licence de vol pour motif médical	☒	(173) Epilepsie	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☒	(120) Tentative de suicide	☒	(131) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	☒	(174) Maladie mentale	☒
(109) Diabète, désordre hormonal	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☒	(132) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☒	(175) Diabète	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☒	(122) Anémie / autre maladie sanguine	☒			(176) Tuberculose	☒
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☒			(177) Allergie/asthme/eczéma	☒
(112) Affection de la gorge ou du nez, trouble du langage	☒					(178) Maladie héréditaire	☒
						(179) Glaucome	☒

(30) Remarques :

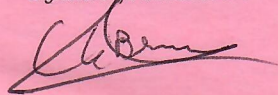
(31) Déclaration : Je soussigné(e) déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées et de ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés et avoir pris connaissance que toute fausse déclaration invaliderait le certificat médical et priverait d'effet la décision d'aptitude.

Consentement à la transmission de renseignements médicaux :

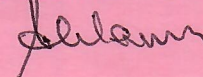
J'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce formulaire et toutes ses annexes au Conseil Médical de l'Aéronautique Civile conformément à la loi et à la réglementation en vigueur. Le secret médical est absolu et sera respecté en toutes circonstances.

Date : **03/09/09**
Jour mois année

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :



**CENTRE D'EXPERTISE
DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE**

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

NOM : <u>LE BRUN - LOUPOT</u>	Prénom : <u>Clement</u>	M ☒ F ☐
Date de naissance : <u>12/11/88</u>	Lieu : <u>Quimper</u>	
Adresse : <u>195 Avenue de Bebeheret</u>	<u>29100 PONT-L'ABBE</u>	
Mobile : <u>06 14 81 15 21 16</u>	E-mail : <u>Clement.Lebroun@gmail.com</u>	
Avez-vous déjà passé une visite médicale d'aptitude PNC : <u>OUI/NON</u> Si oui, dans quel centre d'expertise ? <u> </u>		

**MALADIES
CARDIO-
VASCULAIRES**

Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour :

- | | | |
|---|-----|------------|
| • une maladie cardiaque ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une hypertension artérielle ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une affection des veines ou des artères ? | OUI | <u>NON</u> |

**MALADIES
RESPIRATOIRES**

Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour :

- | | | |
|--|-----|------------|
| • pneumothorax ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une tuberculose pulmonaire ? | OUI | <u>NON</u> |
| • de l'asthme ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une autre maladie pulmonaire ? | OUI | <u>NON</u> |

Tabac :

- | | | |
|---|-----|------------|
| - Etes-vous fumeur ? | OUI | <u>NON</u> |
| - combien de cigarettes par jour ? | | |
| - depuis combien de temps ? | | |
| - en cas d'arrêt, date de cet arrêt | | |

**MALADIES
NEUROLOGIQUES**

Avez-vous eu :

- | | | |
|--------------------------------------|-----|------------|
| • un traumatisme crânien ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une fracture du crâne ? | OUI | <u>NON</u> |
| • des pertes de connaissance ? | OUI | <u>NON</u> |
| • des migraines ? | OUI | <u>NON</u> |

Avez-vous déjà eu un électro-encéphalogramme ?

OUI NON

Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour :

- | | | |
|------------------------------------|-----|------------|
| • une maladie neurologique ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une épilepsie ? | OUI | <u>NON</u> |

**TROUBLES
PSYCHIQUES**

Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour :

- | | | |
|--------------------------------|-----|------------|
| • dépression ? | OUI | <u>NON</u> |
| • anorexie mentale ? | OUI | <u>NON</u> |
| • tentative de suicide ? | OUI | <u>NON</u> |

**MALADIES
DIGESTIVES**

Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour troubles :

- | | | |
|-------------------------|-----|------------|
| • de l'estomac ? | OUI | <u>NON</u> |
| • du foie ? | OUI | <u>NON</u> |
| • des intestins ? | OUI | <u>NON</u> |

**MALADIES
URINAIRES**

Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour :

- | | | |
|-------------------------------------|-----|------------|
| • une maladie rénale ? | OUI | <u>NON</u> |
| • des coliques néphrétiques ? | OUI | <u>NON</u> |
| • des infections urinaires ? | OUI | <u>NON</u> |

Avez-vous déjà présenté au cours d'une analyse d'urine :

- | | | |
|-------------------------|-----|------------|
| • du sucre ? | OUI | <u>NON</u> |
| • de l'albumine ? | OUI | <u>NON</u> |
| • du sang ? | OUI | <u>NON</u> |

**MALADIES DES OS
ET DES ARTICULATIONS**

Etes-vous ou avez-vous déjà été soigné pour :

- | | | |
|------------------------------|------------|------------|
| • une fracture ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une hernie discale ? | OUI | <u>NON</u> |
| • une scoliose ? | <u>OUI</u> | <u>NON</u> |

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

Nom : LE BRUN		Prénoms :		Date de naissance (Jour/ Mois /Année):			
Lieu de naissance							
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Approfondi ☐ Renouvellement ou Revalidation ☐ Recours spécial	(202) Taille 187 cm	(203) Poids 74 kg	(204) Yeux couleur BR	(205) Cheveux couleur BR	(206) Tension artérielle (assis) mmHG Systolique 130 Diastolique 70		(207) Pouls au repos Pulsations/min 60 Rythme Reg

Examen clinique: Cochez chaque item		Normal	Anormal			Normal	Anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu				(218) Abdomen, hernie, foie, rate			
(209) Bouche, gorge, dents				(219) Anus, rectum (si nécessaire)			
(201) 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) Neurologie - 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.

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

Sans correction		Avec correction	
Oeil droit, sans correction	corrigée à		
Oeil gauche, sans correction	corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	corrigée à		

Sans correction		Avec correction	
N14 lue à 100 cm	Oui Non	Oui Non	
Oeil droit,			
Oeil gauche,			
Vision binoculaire,			

Sans correction		Avec correction	
N5 lue à 30-50 cm	Oui Non	Oui Non	
Oeil droit,			
Oeil gauche,			
Vision binoculaire,			

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
☐ Oui ☐ Non	Type :	☐ Oui ☐ Non	Type :
Réfraction éventuelle	OD OG		

(234) Audition (Ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	
(si 241 pas fait)	Oreille droite Oreille gauche
Voix de conversation perçue à 2 m le dos tourné à l'examineur	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
Audiométrie éventuelle	
HZ	500 1000 2000 3000 4000 5000
Oreille droite	
Oreille gauche	

(235) Analyse d'urine	
☒ Normale ☐ Anormale	
Glucose Albumine Sang Autres	

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

(236) Fonction respiratoire - (Peak flow) - (237) Hémoglobine

☐ Normale ☐ anormale (l/min)	☒ Normale ☐ anormale (g/dl)
--	--

Rapports annexés	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			
(239) Audiogramme			
(240) Examen Ophtalmologique			
(241) Examen ORL			
(242) RX thorax			
(243) Lipides sanguins			
(244) Fonction respiratoire			
(245) Electro-encéphalogramme			
Autres			

(246) Perception des couleurs	
Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre tables présentées:	Nombre d'erreurs:

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

(247 bis) Décision du médecin-chef du CEMPN

Restrictions: (à reporter sur le certificat d'aptitude)	
- Port obligatoire d'une protection optique (+ lunettes de secours en cabine)	
- Durée de validité limitée à ...	
☒ APTÉ ☐ INAPTÉ	Demande de dérogation d'aptitude du C.M.A.C. ☐ OUI ☐ NON
JAR FCL paragraphe:	
Si une dérogation d'aptitude a été délivrée antérieurement par le C.M.A. C. 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	

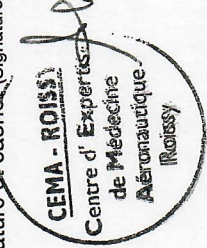
(249) Déclaration du médecin-chef du CEMPN

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins basés à l'extérieur de l'aéroport 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) Lieu et date: 3 Sep 09	Nom et adresse du médecin-chef du CEMPN: 3, Place de l'Europe - Bas Luranus - BP 11201 - Tremblay-en-France - 95703 ROISSY-CDG CEDEX	Cachet du médecin-chef du CEMPN et signature: D' A. MARTIN SAINT LAURENT Médecin-chef
-------------------------------------	---	--

Pays de délivrance (State of issue) :	
FRANCE	
Nom (Last Name) :	LE BRUN
Prénom (First name) :	Clément
Date de naissance (Date of birth) :	J 22 / M 11 / A 1987
D / M / A	
Lieu de naissance (Place of birth) :	Guimpey F.
Adresse (Address) :	
Nationalité (Nationality) :	FR
Signature du titulaire (Signature of holder) :	
	

- 1 -

Certificat médical de classe 1 (Class 1 medical certificate)	
Date de l'examen (Date of examination) :	J 03 SEP 2009
D / M / A	
Date de fin de validité (Expiry date) :	J 03 SEP 2010
D / M / A	
Nom du médecin Chef du C.E.M.A. ou de son suppléant (Issuing-medical-officer)	Dr A. MARTIN SAINT LAURENT
Signature et cachet (Signature and stamp) :	
	

- 2 -

Conditions - Limitations	
du ressort du C.E.M.A. :	
(Port d'une correction optique, durée de validité limitée...)	
(Shall wear corrective lenses, valid only for...)	
Déroptions (de la compétence du C.M.A.C. uniquement)	
(Variations [A.M.S. only])	

- 3 -

Pour les titulaires d'une licence de navigant non professionnel	
Si le titulaire possède une licence de navigant non professionnel, ce certificat médical est valable pour la classe 2 jusqu'au	
(The medical certificate is valid for class 2 until) :	
J / M / A	
D / M / A	
Signature et cachet (Signature and stamp) :	

- 4 -

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : LE BRUN - LOUPOT PRENOM : Clément

DEPUIS LES 15 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PRIS DES MEDICAMENTS ?

☐ OUI

☒ NON

SI OUI, NOMS DES MEDICAMENTS ET SOUS QUELLE FORME ?

☐ comprimés :

☐ sirop :

☐ suppositoires :

Depuis combien de jours ?

POUR QUELLE AFFECTION ?

.....
.....
.....

CE MEDICAMENT A-T-IL ETE PRESCRIT PAR UN MEDECIN ?

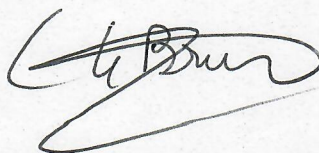
☐ OUI

☐ NON

J'ai été averti(e) de la recherche de médicaments et de toxiques dans les urines.

Roissy, le 3/09/09

Signature



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Annexe au formulaire pour demande de certificat médical

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays JAA où ce formulaire doit être adressé:	(2) Classe du certificat médical sollicité:
(3) Nom: LE BRUN	(4) Nom de jeune fille: ☒ Classe 1 ☐ Classe 2
(5) Prénoms: élément	(6) Date de naissance: (Jour / Mois / Année) 12.11.89 (7) Sexe: ☒ Masc. ☐ Fem.
(8) Lieu et pays de naissance:	(9) Nationalité: (13)
	(14) Type de licence désirée:

(402) Catégorie d'examen:	(303) Antécédents ophtalmologiques:
☒ Initial ☐ Approfondi ☐ Renouvellement ou Revalidation ☐ Recours spécial	

Examen clinique:

Cochez chaque item	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières		
(305) Yeux, Segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)		
(306) Position et mobilité oculaire		
(307) Champs visuels (confrontation)		
(308) Réflexes pupillaires		
(309) Fond de l'œil		
(310) Convergence cm 6 cm		
(311) Accommodation		

(312) Equilibre oculomoteur (en dioptries prismatiques)

A la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho		Ortho	
Eso		Eso	
Exo 2		Exo 2	
Hyper		Hyper	
Cyclo		Cyclo	
Tropie ☐ Oui ☒ Non		Phorie ☒ Oui ☐ Non	
Epreuve de réserve de fusion: ☒ Non effectuée ☐ Normale ☐ Anormale			

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de plaques présentées:	Nombre d'erreurs: 6
Test approfondi de perception des couleurs effectué ☐ Oui ☒ Non	
Méthode:	
NL ANL	NL ANL
Lanterne de Beyne ☐ ☐	Anomaloscope ☐ ☐
☒ NORMALE	☐ ANORMALE

(321) Remarques et recommandations de l'ophtalmologiste:

--	--

(322) Déclaration du médecin examinateur:

Je certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.	
Lieu et Date (Jour / Mois / Année): 03 SEP 2009	PROPOSITION D'APTITUDE DU MEDECIN OPHTALMOLOGISTE
Signature et cachet de l'ophtalmologiste examinateur D^r F. BOUGNERES Ophtalmologiste	A. K. A. I. S.

Acuité visuelle

(314) Vision de loin à 5/6 m		Lentilles	
		Lunettes	de Contact
Oeil droit sans correction	7/10	corrigée à 10/10	10/10
Oeil gauche sans correction	10/10	corrigée à 10/10	10/10
Vision binoculaire sans correction	10/10	corrigée à 10/10	10/10

(315) Vision intermédiaire à 1 m 16 sc		Lentilles	
		Lunettes	de Contact
Oeil droit sans correction	1/10	corrigée à 10/10	10/10
Oeil gauche sans correction	1/10	corrigée à 10/10	10/10
Vision binoculaire sans correction	1/10	corrigée à 10/10	10/10

(316) Vision de près à 30-50 cm 12 sc		Lentilles	
		Lunettes	de Contact
Oeil droit sans correction	1/10	corrigée à 10/10	10/10
Oeil gauche sans correction	1/10	corrigée à 10/10	10/10
Vision binoculaire sans correction	1/10	corrigée à 10/10	10/10

(317) Réfraction SOUS CYCLOPLÉGIE	Sph	Cylindre	Axe	de près-add
Oeil droit	-0.50			
Oeil gauche	-0.50			

(318) Lunettes	(319) Lentilles de contact
☐ Oui ☒ Non	☐ Oui ☐ Non
Type:	Type:

(320) Tension intra-oculaire	
Méthode: au	☒ Normale ☐ Anormale
Droite mmHg	Gauche mmHg

RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

Annexe au formulaire pour demande de certificat médical

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays JAA où ce formulaire doit être adressé:	(2) Classe du certificat médical sollicité:
(3) Nom: LEBRUN-Loupot	(4) Nom de jeune fille: ☒ Classe 1 ☐ Classe 2
(5) Prénoms: Clément	(6) Date de naissance: (7) Sexe: (Jour / Mois / Année) ☒ Masc. ☐ Fem. 12.11.1989
(8) Lieu et pays de naissance:	(9) Nationalité: (13)
	(14) Type de licence désirée:

(402) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ Approfondi ☐ Renouvellement ou Revalidation ☐ Recours spécial	(403) Antécédents oto-rhino-laryngologiques :
--	---

Examen clinique:

Cochez chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, face, cou, cuir chevelu	2	
(405) Cavité buccale, dents	2	
(406) Pharynx	2	
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	2	
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	2	
(409) Elocution	2	
(410) Sinus	2	
(411) Conduits auditifs externes, Tympan	2	
(412) Otoscopie pneumatique	2	
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement à l'examen initial)	2	

Tests complémentaires
(si indiqués)

	Date	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale			
(415) Rhinoscopie postérieure			
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel			
(417) Epreuve calorique différentielle - Epreuve vestibulaire rotatoire			
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte			

(419) Audiométrie tonale

		dB HL (seuil d'audition)							
A U D I O M E T R I E		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
	O C.A.	-5	-5	-6	-5	-6	0	-5	0
	D C.O.								
	O C.A.	0	-5	-6	-6	-5	0	-5	0
	G C.O.								

(420) Audiogramme

(Diagramme facultatif)

dB/HL	o = Droite		... = conduction aérienne		x = conduction osseuse	
	x = Gauche					
-10						
0						
10						
20						
30						
40						
50						
60						
70						
80						
90						
100						
110						
120						
HZ	250	500	1000	2000	3000	4000 6000 8000

(421) Remarques et recommandations de l'ORL:

--

(422) Déclaration du médecin examinateur:

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

(423) Date (Jour / Mois / Année): **03 SEP 2009**

Signature et cachet de l'oto-rhino-laryngologiste examinateur

PROPOSITION D'APTITUDE DU MEDECIN OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Docteur M.M. FRACHET
O.R.L.
CEMA - ROISSY
Société AIR FRANCE
de Londres - Bât. URANUS
B.P. 11201 - 95703 ROISSY CDG CEDEX

03-Sep-2009 10:57:21 LE BRUN LOUPOT CLEMENT
19 Ans Masculin 73 kg 187 cm

PageWriter 300pi

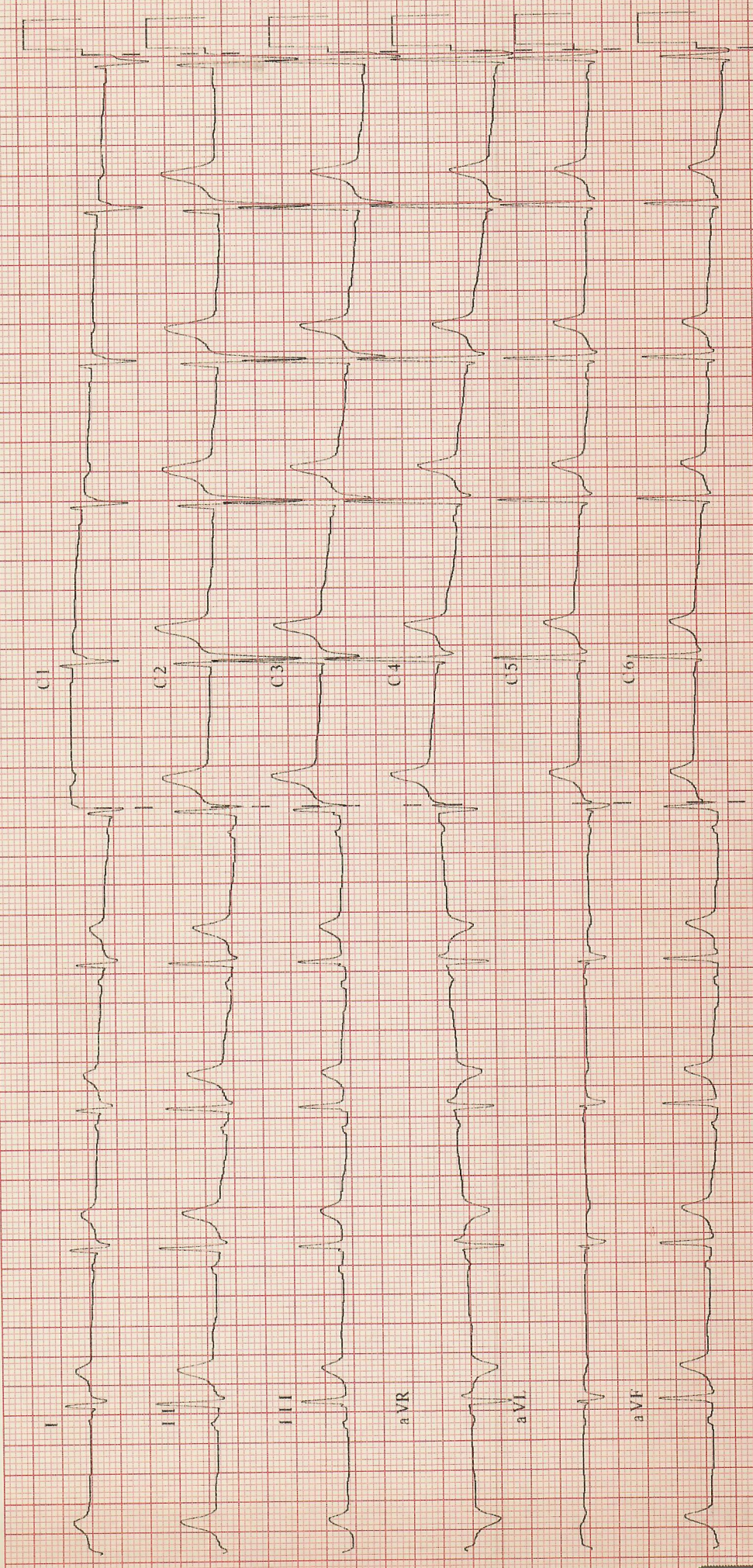
Opérateur : ADM

FC 59
PR 150
QRSD 102
QT 346
QTc 343
--Axe--
P 48
QRS 81
T 63

Docteur ERHARD
Cardiologue

Rx: *Waller*
ECG

Demandé par :
MSL



25 mm/s 10 mm/mV V $\sim$ 0.05 Hz - 40 Hz HP7R9 12490

AIR FRANCE
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

DP.DZ
3 place de Londres BP 11201 TREMBLAY EN FRANCE
95703 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX
tél. : 01 48 64 18 03 fax : 01 48 64 31 16

Annie AFLALO
Pharmacien-Biologiste

Roissy, le 03/09/09

Mr LE BRUN-LOUPOT CLEMENT

CE.MA admission

Né(e) le 12/11/89

Dossier n° 090903033 du 03/09/09

H E M A T O L O G I E

(LH 500-BECKMAN.COULTER)

Val. de référence

HEMOGRAMME

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes	4.500 /mm3	4.0 à 10.0
Hématies	*4.470.000 /mm3	4.500 à 6.000
Hémoglobine	14,2 g/dL	13,0 à 18,0
Hématocrite	41,5 %	40,0 à 54,0
V.G.M.	92,8 fL	82,0 à 98,0
C.C.M.H.	34,2 %	32,0 à 36,0
T.C.M.H.	31,8 pg	27,0 à 34,0
RDW (indice d'anisocytose) .	12,6	inf. à 15,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles .	2500 mm3	55,6%	1800 à 7000
Polynucléaires éosinophiles .	0 mm3	0,0%	inf. à 450
Polynucléaires basophiles . .	0 mm3	0,0%	inf. à 150
Lymphocytes	1500 mm3	33,3%	1000 à 4000
Monocytes	500 mm3	11,1%	inf. à 1000

NUMERATION DES PLAQUETTES . . . 208.000 mm3 150 à 400

VITESSE DE SEDIMENTATION

1ère heure	5 mm	1 à 10
2ème heure	16 mm	2 à 20

h

Attention, résultats sur la page suivante

AIR FRANCE
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

DP.DZ
3 place de Londres BP 11201 TREMBLAY EN FRANCE
95703 ROISSY CHARLES DE GAULLE CEDEX
tél. : 01 48 64 18 03 fax : 01 48 64 31 16

Annie AFLALO
Pharmacien-Biologiste

Roissy, le 03/09/09

Mr LE BRUN-LOUPOT CLEMENT

CE.MA admission

Né(e) le 12/11/89

Dossier n° 090903033 du 03/09/09

CHIMIE DES URINES

Val. de référence

Premier prélèvement

PROTEINURIE. * 0,61 g/L

GLUCOSURIE Absence

RECHERCHE DE SANG. Négative

Deuxième prélèvement

PROTEINURIE. * 0,36 g/L

TOXICOLOGIE URINAIRE

AMPHETAMINES/METHAMPHETAMINES. Recherche négative
technique immunologique (Integra 400) ; seuil de dépistage : 1000 ng/mL

CANNABIS Recherche négative
technique immunologique (Integra 400) ; seuil de dépistage : 50 ng/mL

COCAINE. Recherche négative
technique immunologique (Integra 400) ; seuil de dépistage : 150 ng/mL

OPIACES. Recherche négative
technique immunologique (Integra 400) ; seuil de dépistage : 300 ng/mL

BARBITURIQUES. Recherche négative
technique immunologique (Integra 400) ; seuil de dépistage : 200 ng/mL

BENZODIAZEPINES. Recherche négative
technique immunologique (Integra 400) ; seuil de dépistage : 100 ng/mL



**CENTRE DE SANTE MEDICAL AIR FRANCE
DISPENSAIRE**

Etablissement conventionné 95 0 00183 4

Dr Alain MARTIN SAINT LAURENT

Médecin Généraliste

Identifiant RPPS 10000364561

Tél : 01.48.64.98.03

Fax : 01.48.64.17.43

E-mail : almartinsaintlaurent@airfrance.fr

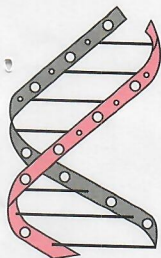
4 - SEP. 2009

Roissy, 1 SEP. 2009

M^r LEBRUN

proteineurie ds 24^h





SELARL GERBAUD

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

4 Bld Bessonneau
49100 ANGERS
Tél.: 02 41 87 53 06
Fax: 02 41 86 04 80

Enregistré n° 49-93

Dr. Béatrice GILLET-CHAPPEY
Biologiste

Dossier N° : 2091012-1005 /AMO/

Le 12/10/2009
[PC]

Date Prélèvement : 12/10/2009

Mr LE BRUN Clement

DN: 12/11/1989
5 PLACE FRANCOIS MITTERRAND
CHEZ MELLE NEZET
49100 ANGERS

DR MARTIN ST LAURENT ALAIN
3 PLACE DE LONDRES
CENTRE MEDICAL AIR FRANCE
95703 ROISSY

BIOCHIMIE URINAIRE

PROTEINES URINAIRES

diuresis _____

0.50 L

Résultat _____

0.03 g/l

Technique: rouge de pyrogallol

0.02 g/24 H

B. CHAPPEY

RAPPORT SPYROMETRIQUE

Adm

NOM PATIENT : **LEBRUN Loup**
 ID N° : 01
 SEXE : HOMME
 TAILLE : 187.0 cm
 DATE : 03 09 2009 10:12
 AGE : 19
 POIDS : 74.0 kg

IND	UNIT	MES.	Th.	%Th.
CVF	L	5.48	5.94	92.3
VEMS	L	5.08	5.00	101.6
VEMS%CVF		92.70		
VEMS%CV		8	83.79	
VEMS%CVTh		81.5		
DEMM	L/s	6.83	5.51	124.0
DEP	L/s	8.78	10.81	81.2
DEM75	L/s	7.57	9.19	82.4
DEM50	L/s	8.24	6.15	134.0
DEM25	L/s	4.30	3.05	141.0

[INTERPRETATION]

CLASSIFICATION SYNDROME : NORMAL
 DEGRE

AMELIORAT

PET. BRONCHES : NORMAL

