

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-COUPOT** Prénoms : **Élieux** Date de naissance (Jour/ Mois /Année): **12/11/85**
Lieu de naissance : **Quebec (25)**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 177 cm	(203) Poids 75 kg	(204) Yeux couleur n	(205) Cheveux couleur B	(206) Tension artérielle (assis) mmHG		(207) Pouls au repos	
					Systolique 120	Diastolique 80	Pulsations/min 66	Rythme 5

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)	
(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) 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.
deux yeux de vue normale placés à l'œil droit seul in **ESC Amplitude**

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

Oeil droit, sans correction	10	corrigée à	
Oeil gauche, sans correction	10	corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction		corrigée à	

(230) intermédiaire Sans correction Avec correction
N14 lue à 100 cm

Oeil droit,	Oui	Non	Oui	Non
Oeil gauche,				
Vision binoculaire,				

(231) de près Sans correction Avec correction
N5 lue à 30-50 cm

Oeil droit,	Oui	Non	Oui	Non
Oeil gauche,				
Vision binoculaire,				

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Type :	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Type :
Réfraction éventuelle	OD	GD	

(234) Audition (Ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 241 pas fait)

Voix de conversation perçue à 2 m le dos tourné à l'examineur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Audiométrie éventuelle						
HZ	500	1000	2000	3000	4000	8000
Oreille droite	-5	-15	-5	-10	-5	0
Oreille gauche	-10	-10	-10	0	0	0

(235) Analyse d'urine

Glucose	Albumine	Sang	Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		

(248) Commentaires, restrictions, limitations : **+PNC**

(249) Déclaration du médecin-chef du CEMPN **Société AIR FRANCE**
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) Lieu et date: **15/02/11** Nom et adresse du médecin-chef du CEMPN: **95700 ROISSY CDG CEDEX** CEMPN et signature: **Dr Ph. PICHÉREAU**

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

<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> anormale	(l/min)	<input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> anormale	14 (g/dl)
--	---------	---	------------------

Rapports annexés

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** **N**

Nombre tables présentées: _____ Nombre d'erreurs: _____

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

Dr PICHÉREAU
LES POUILLEY

(247 bis) Décision du médecin-chef du CEMPN

APTE **INAPTE**

Restrictions: (à reporter sur le certificat d'aptitude)
- Port obligatoire d'une protection optique (+ lunettes de secours en cabine)
- Durée de validité limité à ...

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**

CEMA - ROISSY

Société AIR FRANCE

3, Place de Londres - Bat. URANUS
B.P. 11201 - Tremblay-en-France

(250) Lieu et date: **15/02/11** Nom et adresse du médecin-chef du CEMPN: **95700 ROISSY CDG CEDEX** CEMPN et signature: **Dr Ph. PICHÉREAU**



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 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
(3) Nom : LE BRUN LOUPOT	(4) Nom de jeune fille : —
(5) Prénoms : Elément	(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 12 11 89
	(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.
(8) Lieu et pays de naissance : Quimper (29) - FR	(9) Nationalité : Française
(10) Adresse permanente : 17 b Avenue de Trébihouët 29120 PONT-L'ABBÉ	(8) Adresse postale : (si différente) —
Pays : France	Pays : —
(18) Licence(s) de vol possédées(s) (types) Numéro de licence : Pays de délivrance :	(15) Profession (principale) : Étudiant
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : Lieu : Détails :	(16) Employeur : (17) Date du dernier examen médical : Date : 3/09/09 Lieu : CEMA
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : Lieu : Détails :	(19) Conditions, limitations, dérogations : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 :
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne :	(25) Type de vol envisagé :
(29) Êtes-vous fumeur ? Oui <input type="checkbox"/> Quantité : Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :	(26) Activité aérienne actuelle : <input checked="" type="checkbox"/> Pilote-seul <input type="checkbox"/> Équipage multipilotes
	(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :

Antécédents généraux et médicaux : avez-vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

À chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détailliez dans la rubrique «(30) Remarques».

Oui Non		Oui Non		Oui Non		Oui Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatisme crânien	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Positivité au test VIH	<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les femmes seulement	
(102) Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes et/ou des verres de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input checked="" type="checkbox"/>	(150) Affection gynécologique	
		(115) Accès de vertige/évanouissement	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Grossesse en cours	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel qu'en soit le motif	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Toute autre maladie ou blessure	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	
(104) Allergie, rhume des foins, eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Refus de licence de vol pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Hypertension artérielle	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide	<input checked="" type="checkbox"/>			(173) Épilepsie	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input checked="" type="checkbox"/>			(174) Maladie mentale	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète, désordre hormonal	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie, autre maladie sanguine	<input checked="" type="checkbox"/>			(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input checked="" type="checkbox"/>
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	<input checked="" type="checkbox"/>			(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input checked="" type="checkbox"/>
(112) Affection de la gorge ou du nez, trouble du langage	<input checked="" type="checkbox"/>					(178) Maladie héréditaire	<input checked="" type="checkbox"/>
						(178) Glaucome	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques :

(126) (127) ven d'1 kg de épilepsie 209 bis 10

(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 déjà signalés. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au conseil médical de l'aéronautique civile, 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 conseil médical de l'aéronautique civile.

Date : **15/02/11**
Jour mois année



Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

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 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2
(3) Nom : LEBRUN - LOUPOT	(4) Nom de jeune fille :
(5) Prénoms : Clement	(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) (7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém. (13)
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité : F (14) Type de licence désirée :

(402) Catégorie d'examen : <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> 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) Élocution	2	
(410) Sinus	2	
(411) Conduits auditifs externes, tympans	2	
(412) Otoscopie pneumatique	2	
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement à l'examen initial)	2	

(419) Audiométrie tonale

dB HL (seuil d'audition)

A U D I O M É T R I E		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
		O	C.A.	-10	-5	-15	-5	-10	-5
	C.O.								
O	C.A.	-5	-10	-10	-10	-10	0		0
	C.O.								

(420) Audiogramme (diagramme facultatif)

o = Droite ••••• = condition aérienne

x = Gauche x = condition osseuse

dB/HL	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
HZ	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

Tests complémentaires (si indiqués)

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

(421) Remarques et recommandations de l'ORL :

Docteur M.M. FRACHET
O.R.L.
CEMA - ROISSY
Société AIR FRANCE
3, Place de Londres - Bât. URANUS
B.P. 11201 - Tremblay-en-France
95703 ROISSY CDG CEDEX

(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) 16/2/2011	PROPOSITION D'APTITUDE DU MÉDECIN OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
Signature et cachet de l'oto-rhino-laryngologiste examinateur 	

I Pays de délivrance / State of issue FRANCE
III N° de licence / Licence number
IV Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder LE BRUN LOUPOT <i>Clément</i>
XIV Date de naissance / Date of birth 12. 11. 1989
V Adresse / Address Montreuil (84)
VI Nationalité / Nationality F
VII Signature du titulaire / Signature of holder

VIII Autorité émettrice / Issuing authority CEMA ROISSY Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique Roissy
II Certificat Medical de classe 1 Medical Certificate class 1
IX Date de fin de validité / Validity expiry date 29 FEB. 2012
X Date de délivrance et signature du médecin responsable / Date of issue and signature of issuing medical officer 15 FEB. 2011 <i>MM</i>
XI Cachet / Stamp D^r Ph. PICHEREAU

Examen médical initial / Initial medical examination Date / Date 03. 09. 2009 <i>(F)</i>	Initial medical examination Pays / State of issue
---	---

Date de Examen médical approfondi / Extended medical examination	Dernier Last	Prochain Next
09. 09. 2009	2009	2014
Examen médical général / Medical general examination 15 FEB. 2011	2011	2012
Electrocardiogramme Electrocardiogram	09 2009	2014
Audiogramme Audiogram	09. 2009	2014

Le porteur de ce Certificat Medical est habilité à exercer les privilèges de la licence de vol JAA, sous réserve des limitations et conditions énoncées ci-dessous.
The holder of this Medical Certificate is entitled to exercise the privileges of the related JAA flight crew licence subject to any limitations or conditions listed below.

XIII Limitations ou conditions / Limitations or conditions du ressort du CMAc CMAc only
du ressort du CEMA - AMC (port d'une correction optique adaptée, durée de validité limitée) (shall wear corrective lenses, restriction of the period of validity)
Ce certificat est valable pour la classe 2 jusqu'au : 29 Feb 2016
This medical certificate is valid for class 2 until:

LE BRUN-LOUPOT Clément
 12/11/83
 Adm PNC Sois

OPHTALMOLOGIE

TESTS INFIRMIERS

Acuité visuelle	loin		près	
	œil droit	œil gauche	œil droit	œil gauche
Sans correction	10 /10	10/10	P 2	P 2
Avec correction	/10	/10	P	P
Équilibre oculomoteur	horizontal X 7	vertical —	PPC 8 cm	
Sens chromatique	Ishihara N	Feux colorés		
Vision stéréoscopique	60"		Champ visuel N	

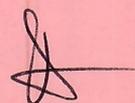
EXAMEN MÉDICAL

Acuité visuelle	loin		près	
	œil droit	œil gauche	œil droit	œil gauche
Sans correction	/10	/10	P	P
Avec correction	/10	/10	P	P
Essai	/10	/10	P	P
	OEIL DROIT		OEIL GAUCHE	
Réfractomètre				
Correction portée				
loin				
près				
Correction d'essai				
loin				
près				
Annexes				
Segment antérieur				
Fond d'œil	RN		RN	
Tension oculaire	15		15	
Pachymétrie	500		500	

Date :

CONCLUSION :

CG :	CC :	CV :
------	------	------

ATE 

Dr P. JAQUELIN
 Ophtalmologiste

Docteur Françoise BOUGNERES



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	PNC - Adm.
(3) Nom : LEBRUN LOUPOT	(4) Nom de jeune fille :	
(5) Prénoms : Clément	(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 12 / 11 / 1983	(7) Sexe : (13) <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fém.
(8) Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité : F	(14) Type de licence désirée :

(402) Catégorie d'examen : <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents oto-rhino-laryngologiques : otites de l'enfance + ystis
---	---

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) Élocution	2	
(410) Sinus	2	
(411) Conduits auditifs externes, tympans	2	
(412) Otoscopie pneumatique	2	
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement à l'examen initial)	2	

(419) Audiométrie tonale

dB HL (seuil d'audition)

		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
A U D I O M É T R I E	O	C.A.	-6	-5	-15	-5	-6	-5	/	0
	D	C.O.								
	O	C.A.	-5	-6	-6	-6	-6	0	/	0
	G	C.O.								

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

(420) Audiogramme (diagramme facultatif)

o = Droite ••••• = condition aérienne
x = Gauche x = condition osseuse

dB/HL	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
-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) : **16.2.2011**

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

PROPOSITION D'APTITUDE DU MÉDECIN OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE

Docteur M.M. FRACHET
CENTRE O.R.L. ROISSY
Société AIR FRANCE
 3, Place de Londres - Bât. URANUS
 B.P. 11201 - Tremblay-en-France
 95703 ROISSY CDG CEDEX

73 kg 187 cm

15/02/2011 13:55:07
Masc.

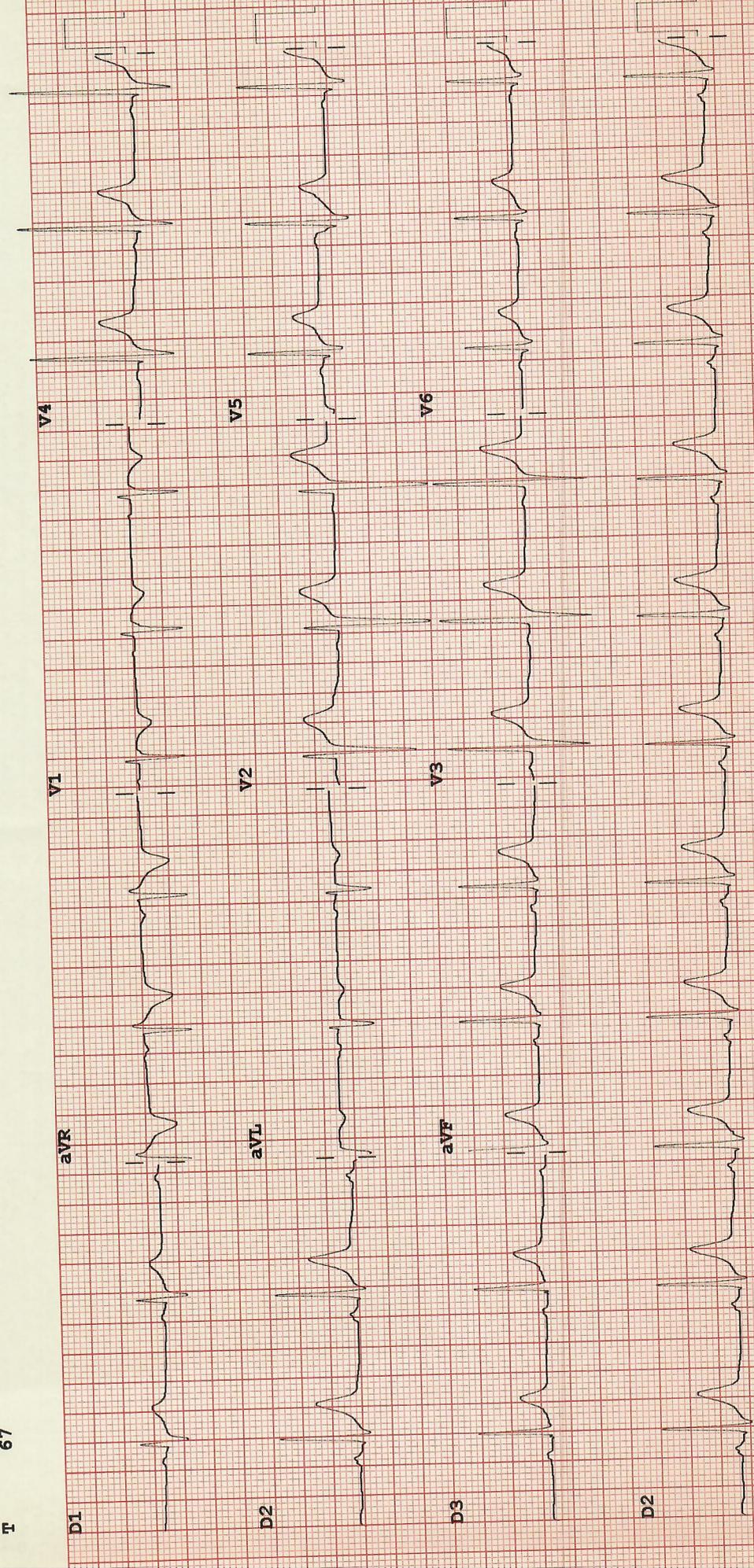
15/02/2011 13:55:07
Masc.

PNC+PNT
21 Ans

FC	66
PR	146
QRSD	102
QT	376
QTc	394
--AXES--	
P	47
QRS	87
T	67

Docteur AEBERHARD
 Cardiologue
 Rx: 
 ECG

Demandé par: PHP



F 50~ 0,15-100 Hz PH10 P?

Inst: DOCTEUR J> Vit. : 25 mm/s Pérph: 10 mm/mv Préc : 10,0 mm/mv



PHILIPS REORDER # M2486A

AIR FRANCE

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

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 de la Faculté de PARIS
 CES de Biochimie clinique, d'Immunologie, d'Hématologie et de Bactériologie-Virologie
 Certificat d'Etudes Supérieures d'Immunologie

Roissy, le 16/02/11

Mr LE BRUN-LOUPOT CLEMENT

CE.MA admission

Né(e) le 12/11/89

Dossier n° 110216001 du 16/02/11

HEMATOLOGIE

(LH 500-BECKMAN.COULTER)

Val. de référence

HEMOGRAMME

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes	5.400 /mm3	4.0 à 10.0	03/09/09	4.500
Hématies	4.810.000 /mm3	4.500 à 6.000		4.470.000
Hémoglobine	15,0 g/dL	13,0 à 18,0		14,2
Hématocrite	46,0 %	40,0 à 54,0		41,5
V.G.M.	95,6 fL	82,0 à 98,0		92,8
C.C.M.H.	32,6 %	32,0 à 36,0		34,2
T.C.M.H.	31,2 pg	27,0 à 34,0		31,8
RDW (indice d'anisocytose)	12,1	inf. à 15,0		12,6

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	2900 mm3	53,7%	1800 à 7000	03/09/09	2500
Polynucléaires éosinophiles	100 mm3	1,9%	inf. à 450		0
Polynucléaires basophiles	0 mm3	0,0%	inf. à 150		0
Lymphocytes	1800 mm3	33,3%	1000 à 4000		1500
Monocytes	600 mm3	11,1%	inf. à 1000		500

NUMERATION DES PLAQUETTES 194.000 mm3 150 à 400 03/09/09 208.000

VITESSE DE SEDIMENTATION

1ère heure	3 mm	1 à 10	03/09/09	5
2ème heure	12 mm	2 à 20		16



Attention, résultats sur la page suivante

**DIRECTION GENERALE
DE L'AVIATION CIVILE**

**Continental Square
3 place de Londres
BP 11201 - Tremblay en France
95703 ROISSY CDG Cedex
Tél. 01 48 64 98 03**

**CENTRE D'EXPERTISE DE
MEDECINE AERONAUTIQUE
ROISSY**

**CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE
(Navigants Professionnels)**

Je soussigné **Docteur Ph. PICHEREAU**

certifie que **Monsieur CLEMENT LE BRUN LOUPOT**

né(e) le **12/11/1989** à **QUIMPER (29)**

répond

ne répond pas

aux normes d'aptitude physique et mentale de

Personnel Navigant Commercial

Particularités

Limite de validité

Restriction éventuelle à reporter sur la licence

Roissy, le 15 février 2011



AUCUN DUPLICATA NE SERA DELIVRE

RAPPORT SPIROMETRIQUE

Mr LE BERN LOUPOT

Nom : Mr LE BERN LOUPOT
 ID N : 6
 Sexe : Masculin
 Age : 21
 Taille : 187.0 cm
 Poids : 78.0 kg
 Date : 15/2/2011 14:38
 Date N. : 12/11/1989
 Pr. Atm. : 1013.1 hPa

IND.	UNIT.	MES	Th.	% Th.
CVF	L	5.97	5.70	104.7
VEMS	L	5.52	4.92	112.2
VEMS/CVF	%	92.46	84.43	109.5
DEMM	L/s	6.63	5.45	121.7
DEP	L/s	7.63	10.00	76.3
DEM75	L/s	6.84	9.12	75.0
DEM50	L/s	6.90	6.18	111.7
DEM25	L/s	5.01	3.06	163.7

[INTERPRETATION]
 EVALUATION (●)

IND. :
 Diagnostic : Normal
 Stade :
 Amélioration BD :
 Peripheral Airway : Normal



[CVF (D/V)]

