

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 : **Clément** Date de naissance (Jour/ Mois /Année): **12-11-1989**
Lieu de naissance

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Approfondi ☐ Renouvellement ou Revalidation ☐ Recours spécial	(202) Taille 187 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					Systolique 135	Diastolique 75	Pulsations/min 63	Rythme

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.

RAS depuis la dernière visite
Hr=0
Pulac=0
Sout=Normal

Examen clinique normal

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

	Sans correction	Corrigée à	Lunettes / Contact
Oeil droit,	1.0		
Oeil gauche,	1		
Vision binoculaire,	1		

(230) intermédiaire

	Sans correction		Avec correction	
N14 lue à 100 cm	Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit,	1			
Oeil gauche,	1			
Vision binoculaire,	1			

(231) de près

	Sans correction		Avec correction	
N5 lue à 30-50 cm	Oui	Non	Oui	Non
Oeil droit,	1			
Oeil gauche,	1			
Vision binoculaire,	1			

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

	Oui	Non	Type :
Fréfraction éventuelle			OD GD

(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 6000	
Oreille droite	-6 -20 -5 0 0 -15	
Oreille gauche	-5 -20 -10 -5 0 -20	

(235) Analyse d'urine

	Normale	Anormale
Glucose	☒	☐
Albumine	☒	☐
Sang	☒	☐
Autres	☐	☐

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

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

	(l/min)	(g/dl)
☐ Normale ☐ anormale	☒ Normale ☐ anormale	16,29

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 I S H I H A R A
Nombre tables présentées:	Nombre d'erreurs:

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

Appk Dr Thierry FEHR

(247 bis) Décision du médecin-chef du CEMP

Restrictions: (à reporter sur le certificat d'aptitude)

- Port obligatoire d'une protection optique (+ lunettes de secours en cabine)
- Durée de validité limitée 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

(249) Déclaration du médecin-chef du CEMP 3 place de Londres - Bâtiment Uranus

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon remplaçant, médecin conseil agréé a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations et nos conclusions complètes.

(250) Lieu et date: **05 OCT. 2012** Nom et adresse du médecin-chef du CEMP: **DR PH. PICHEREAU**

Cachet du médecin-chef du CEMP et signature

Porter verres correcteurs obligatoires en vol + une paire de lunettes de secours en cabine

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MÉDICAL

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 BRUN	(4) Nom de jeune fille :	(12)
(5) Prénoms : Philippe	(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 12/11/85	(7) Sexe : ☒ Masc. ☐ Fém.
(8) Lieu et pays de naissance : Quimper France	(9) Nationalité : FRA	(14) Type de licence désirée :
(10) Adresse permanente : 17 5 Av de Trébehour 29100 PONT-L'ABBE	(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : Elève Pilote
Pays : FRA N° de téléphone : 06 48 19 21 16	(16) Employeur : -	(17) Date du dernier examen médical : Date : CEMA Lieu :
(18) Licence(s) de vol possédées(s) (types) : PPL F-LPA 00 31 74 22	Numéro de licence : FRA	(19) Conditions, limitations, dérogations : ☒ Non ☐ Oui Détails :
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? ☒ Non ☐ Oui Date : Lieu : Détails :	(21) Nombre total d'heures de vol : 140	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 100
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? ☒ Non ☐ Oui Date : Lieu : Détails :	(23) Types d'avions actuellement utilisés : DA-40	(25) Type de vol envisagé : Prof
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne : Non	(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? ☒ Non ☐ Oui Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :	(26) Activité aérienne actuelle : ☒ Pilote seul ☐ Équipage multiplaces
(29) Êtes-vous fumeur ? Oui ☐ Quantité : Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :		

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). Détaillez dans la rubrique «(30) Remarques».

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

(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 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 : **05 / 11 / 17**
Jour mois année

CEMA - ROISSY
Centre d'Expertise
de Médecine
Aéronautique
Roissy

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

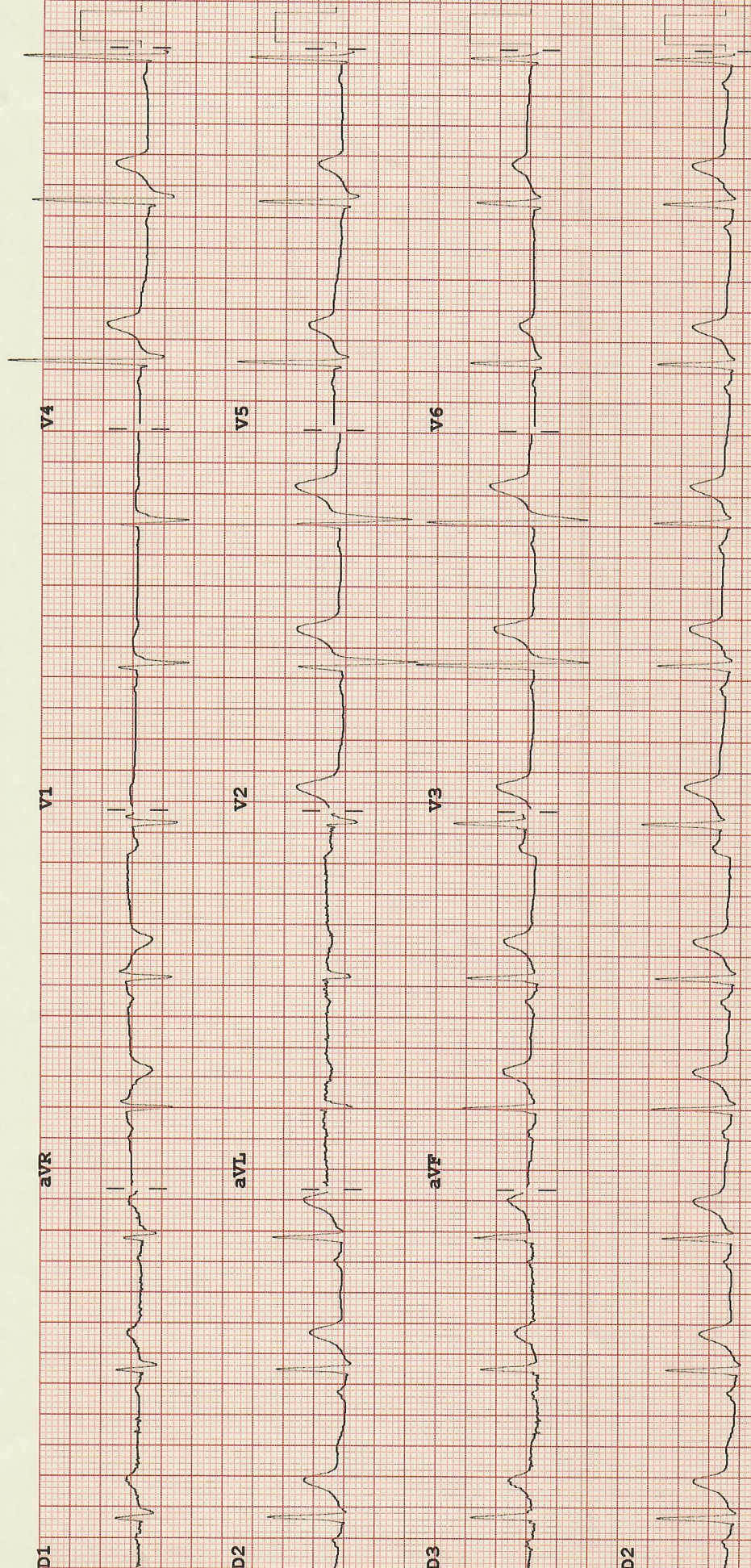
FC 63
PR 169
QRS 107
QT 383
QTc 393
--AXES--
P 62
QRS 82
T 65

Docteur AEBERHARD
Cardiologue

Rx:

ECG:

Demandé par: TF



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

F 50~0,15-100 Hz

PH10

P?

I Pays de délivrance / State of issue FRANCE
III N° de licence / Licence number E LPA 00317422
IV Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder LE BRUN-LOUPOT QUESTENI
XIV Date de naissance / Date of birth 12.11.1989
V Adresse / Address PONT L'ÉVÊQUE (29)
VI Nationalité / Nationality FR
VII Signature du titulaire / Signature of holder

VIII Autorité compétente / Issuing authority CEMA ROISSY Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique Roissy
II Certificat Médical de classe 1 Medical Certificate class 1
IX Date de fin de validité / Validity expiry date 31 OCT. 2013
X Date de délivrance et signature du médecin responsable / Date of issue and signature of issuing medical officer 05 OCT. 2012
XI Cachet / Stamp Dr Jean-François PARIS

Examen médical initial / Initial medical examination Date / Date 03.09.2009 (FR)

Date de Date of	Dernier Last	Prochain Next
Examen médical approfondi Extended medical examination	2009	2014
Examen médical général Medical general examination	05 OCT. 2012	OCT 2013
Electrocardiogramme Electrocardiogram	2009	2014
Audiogramme Audiogram	2009	2014

Le porteur de ce Certificat Médical 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 CMAAC CMAAC 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 : 31 OCT 2017
This medical certificate is valid for class 2 until: