

Toulouse Blagnac Aero Medical Center U.E. F 05

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL



(1) Pays EASA de délivrance de licence :		(2) Certificat médical sollicité			Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
(3) Nom : LE BRUN LOUPOT Clément		(4) Nom de jeune fille			(12)		
(5) Prénoms : Né le: 12/11/1989 12210 À: QUIMPER (29)		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/11/1989		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>		(13)	
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité : FRA			(14) Type de licence désirée :		
(10) Adresse permanente : 17 b Avenue de Trébehour 25120 PONT-L'ABBÉ		(11) Adresse postale : (si différente)			(15) Profession (principale) : Pilote		
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance					(16) Employeur :		
					(17) Dernier examen médical : Date : 31.10.2014 Lieu : JLR		
					(19) Conditions, limitations, dérogations : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :		
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu : BOO		(21) Nombre total d'heures de vol : 1100		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 400			
				(23) Types d'avions actuellement utilisés : SEP			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé :		(26) Activité aérienne actuelle : Pilote seul <input checked="" type="checkbox"/> Equipage multipilotes <input type="checkbox"/>			
(27) Alcool – Consommation journalière moyenne : —		(28) Faites vous habituellement usage de médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :			
(29) Etes vous fumeur Oui <input type="checkbox"/> Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Quantité : Date de l'arrêt :							

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

(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 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 :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

28/10/15

[Signature]

[Signature]

Toulouse Blagnac Aero Medical Center U.E. F 05

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

LE BRUN LOUPOT

Clément

Né le: 12/11/1989

12216

REEMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM: 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"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 186 cm	(203) Poids 65,5 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHG Systolique: 120 Diastolique: 70	(207) Pouls au repos Pulsations/min: 60 Rythme: rég.
---	------------------------	------------------------	------------------------------	-------------------------------	--	---

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

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

26 ans. P.S. de instruction militaire. C.E.L. - P.E.
 (244) EFR = "faible capacité vitale". APO = PAS. AF = P. Examen = PAS.
 TO OD ≥ 15 OG ≥ 16

- TR = P
 - Tabac = P
 - Alcool = occasionnel
 - fow = irrégulier

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) Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lue à 100cm	sans correction		avec correction	
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lue à 30 - 50cm sans correction avec correction

Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type: 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 2m le dos tourné à l'examineur

Oui Non Oui Non

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	5000
Oreille droite	10	10	15	10	15	10
Oreille gauche	10	10	15	10	15	10

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose	Albumine	Sang	Autres
---------	----------	------	--------

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

(l/min)	1576 (g/dl)
Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>	Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale et sa proposition d'aptitude (NE S'APPLIQUE PAS A UNE APTITUDE CLASSE 2)

APTE CEMATB

Dr B. MORA
 Médecin généraliste
 CEMATB-F-05

(247 bis) Décision du médecin-chef ou du médecin agréé

Restriction: (à apporter sur le certificat d'aptitude)

APTE
INAPTE

- Port obligatoire d'une protection optique (+lunettes de secours en cabine)
- Durée de validité limitée à ...
- Vol de jour uniquement

➤ 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 :

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

Apte classe 1. → 21. 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) Lieu et date : 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 du demandeur

Dr J. JAFAILLE
 Médecin agréé
 Fra - AeMC - 05

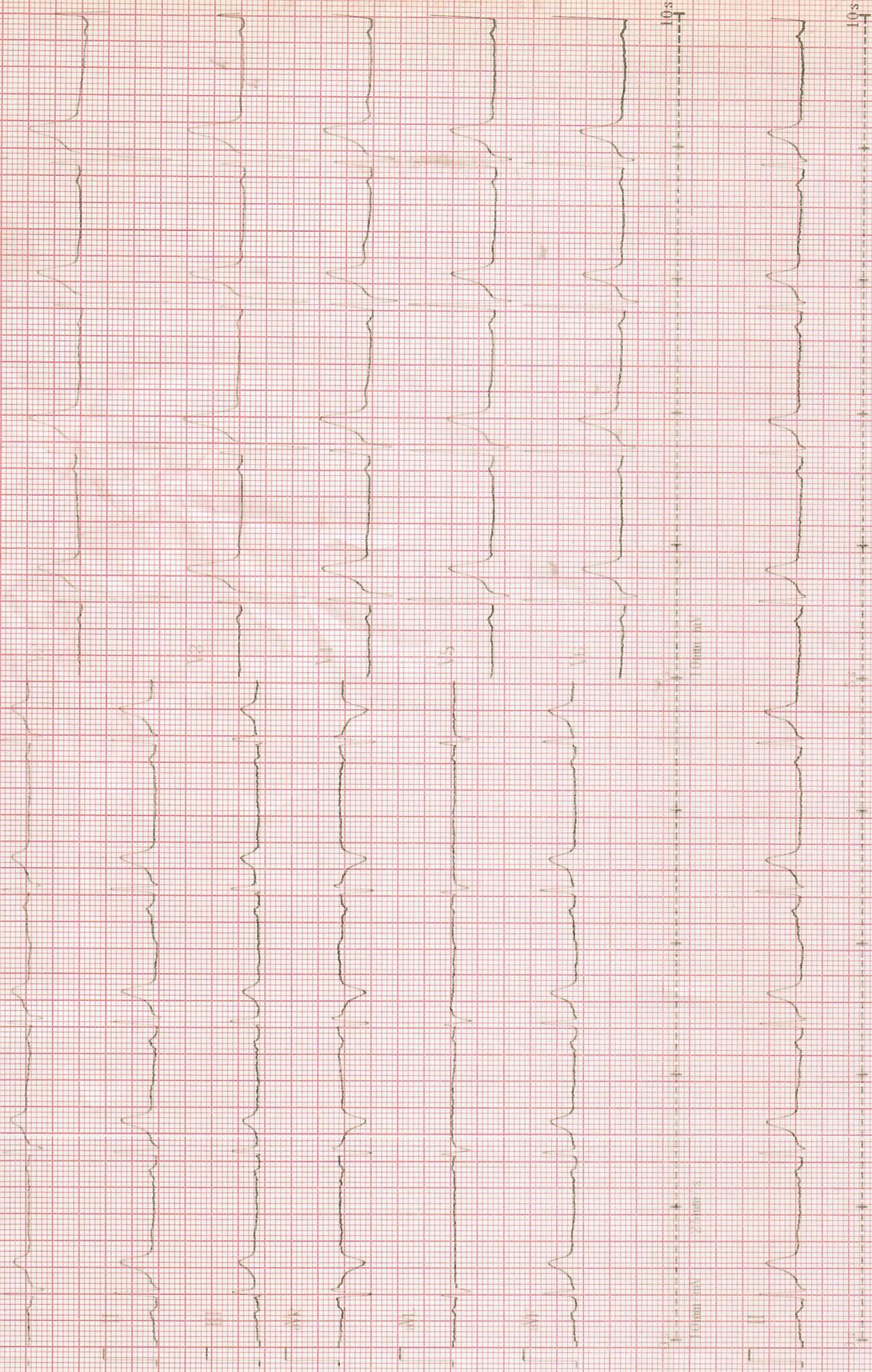
LE BRUN LOUPOT

Clément

Né le: 12/11/1989

À: QUIMPER (29)

12210



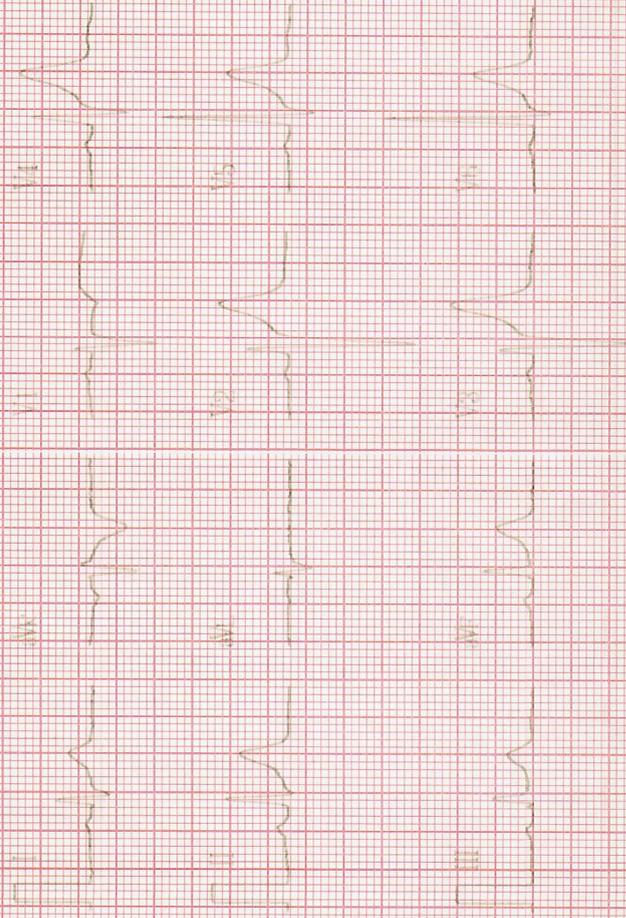
LE BRUN LOUPOT

Clément

Né le: 12/11/1989

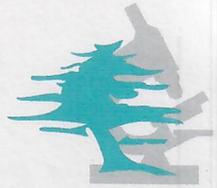
A: QUIMPER (29)

12210



12/11/1989
12210
LE BRUN LOUPOT
Clément
Né le: 12/11/1989
A: QUIMPER (29)

12/11/1989
12210
LE BRUN LOUPOT
Clément
Né le: 12/11/1989
A: QUIMPER (29)



Fabrice LABOUDIE
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Caroline DEVAUX
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Nantes

Ludovic MERIOT
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Alexandre DIEUDONNE
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Agnès GIRARD
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Yaëlle DAHAN
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Nice

Yamen KHADIMALLAH
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

s i t e C l i n i q u e d e s C è d r e s

Demande du 26/10/15 n° 1510262009

MR CLEMENT LE BRUN LOUPOT

Prélèvement le 26/10/15 à 08:00:00

Prescrit par DR JOURDAN Pierre

Patient(e) né(e) le 12/11/1989

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

C (BECKMAN DXH-800/Principe Coulter et photométrie)(a)

Globules Blancs	5.900 / mm ³	N:	4000 - 10000
Globules Rouges	4.890.000 / mm ³	N:	4,5M - 6,5M
Hémoglobine	15,6 g/dl	N:	12,5 - 17,0
Hématocrite	47,7 %	N:	40,0 - 54,0
Volume Globulaire Moyen	97,5 µm ³	N:	80,0 - 100,0
Taux Glob Moyen en Hb	31,9 pg	N:	27,0 - 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,7 %	N:	32,0 - 35,0
Indice distribution GR	12,9	N:	12,3 - 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

C (BECKMAN DXH-800/Cytométrie de flux)(a)

POLYNUCLEAIRES

-Neutrophiles	59,3 %	Par mm ³	3.499	N:	1800 - 7500
-Eosinophiles	1,1 %	Par mm ³	65	N:	0 - 800
-Basophiles	0,4 %	Par mm ³	24	N:	0 - 200
LYMPHOCYTES	29,6 %	Par mm ³	1.746	N:	1000 - 4000
MONOCYTES	9,6 %	Par mm ³	566	N:	200 - 1000

PLAQUETTES

190.000 / mm³

N: 150000 - 500000

C (BECKMAN DXH-800/Principe Coulter)(a)

Volume plaquettaire moyen	8,4 µm ³	N:	6,0 - 12,0
---------------------------	----------------------------	----	------------

Agnès GIRARD



Fabrice LABOUDIE
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Caroline DEVAUX
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Nantes

Ludovic MERIOT
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Alexandre DIEUDONNE
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Agnès GIRARD
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

Yvèlle DAHAN
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Nice

Yamen KHADIMALLAH
Biologiste médical
Ancien Interne
des Hôpitaux de Toulouse

s i t e C l i n i q u e d e s C è d r e s

Demande du 26/10/15

n° 1510262009

MR CLEMENT LE BRUN LOUPOT

Prélèvement le 26/10/15

à 08:00:00

Prescrit par DR JOURDAN Pierre

Patient(e) né(e) le 12/11/1989

BIOCHIMIE

GLYCEMIE	0,97 g/l	N: 0,74 - 1,06
C (Colorimétrique, Cobas 6000)(a)	5,38 mmol/l	N: 4,11 - 5,89
<i>Remarque : chez une femme enceinte, une glycémie supérieure à 0,92 g/l au 1er trimestre évoque un diabète gestationnel.</i>		
TRIGLYCERIDES (a)	0,65 g/l	N: Inf. à 1,98
C (Colorimétrie enzymatique, Cobas 6000)	0,74 mmol/l	N: Inf. à 2,26
CHOLESTEROL TOTAL (a)	1,68 g/l	N: 1,00 - 2,20
C (Enzymatique Colorimétrique, Cobas 6000)	4,35 mmol/l	N: 2,59 - 5,70

"Le Laboratoire des Cèdres multisite est accrédité suivant la norme qualité NF EN ISO 15189. Accréditation n°8-1625, liste des sites accrédités et portée disponibles sur www.cofrac.fr. Cette accréditation est la preuve de la compétence du laboratoire dans les domaines d'activité clairement définis où seules les analyses accréditées sont mentionnées par (a)".

Agnès GIRARD

Informations patient

Nom LE BRUN
ID 1210
Age 26
Taille 188 cm
Poids 82 kg, BMI 23.2
Sexe masculin
Groupe ethnique europ.
Fumeur non
Asthme non

Informations sur le test

Date du test 26.10.15 10:51
Heure post. ---
Mode du test DIAGNOSTIC
Interprétation NLHEP
Valeur théorique Austrian
Valeur sélect. ESSAI
ID techn.
Contr. qualité auto OFF
BTPS (In/Ex) ---/ 1.04

Résultats Votre valeur FEV1 est 84% du théorique

Test de base			
Paramètre	Meilleur	Théo.	%Théo
FVC(L)	4.93*	6.42	77
FEV1(L)	4.54	5.37	84
FEV1/FVC	0.92	0.84	109
PEF(L/min)	726	635	114
MEF25-75(L/s)	5.48	5.23	105
MEF75(L/s)	11.08	9.04	123
MEF50(L/s)	6.21	5.97	104
MEF25(L/s)	3.01	2.89	104
FET(s)	1.71	---	--

* Résultats inf. à la limite normale ou changement POSTTEST significatif

Test de base FEV1 Var= --- L; FVC Var= --- L;
Interprétation Faible capacité vitale. Probablement capacité restreinte des poumons.
Précaution lors de l'interprétation: essai non acceptable.

