FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : MARTZINEK		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : PATRICK		(6) Date de naissance : 13/12/1961	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(8) Lieu et pays de naissance : FRANCE (03)		(9) Nationalité : Fr.	(12) Genre sollicité : ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(10) Adresse permanente : ru 23 OKA immeuble N°1 SPA Pays : serbie N° de téléphone : 77 57 10 983 Courriel : kenziaem@gmail.com		(11) Adresse postale (si différente)	
(18) Licence(s) de vol possédé(s)		(17) Dernier examen médical : Date : 31/1/2020 Lieu : SAJOUR (49)	
types : PPL Numéro de licence : PA 60324195 Pays de délivrance : FR		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☒ détails : Port lunettes en cabine (x1,5)	
(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 ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu: _____		(21) Nombre total d'heures de vol : 172	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu: _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 7h.	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☒ consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : PA 28	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : _____		(25) Type de vol envisagé : int local	
(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi : Avec		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐	

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). Déterminez dans la rubrique « (30) remarques »

		Oui	Non			Oui	Non			Oui	Non			Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	Antécédents familiaux				(170) Affection cardiaque	☐	☒
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒					(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒				
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒				
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒				
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(175) Diabète	☐	☒				
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒				
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒				
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒				
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒				
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes						
												(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐	
												(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☒	

(30) Remarques :

Per = No autorise

(*) Declaration Je soussign(e), dclare avoir rpondu de faon scre aux questions qui m'ont t poses lors du prsent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon tat de sant autres que ceux que j'ai signals. Je comprends qu'en cas de fausse dclaration ou erreur, l'autorit de licence peut me retirer tout certificat mdical dj accord ou refuser de me fournir un nouveau certificat mdical sans prjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MDICALES En cas de ncessit j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret mdical, au mdecin valuateur de l'autorit comptente de mon AMI ainsi qu'aux professionnels de sant pertinents dans le but d'obtenir une valuation mdicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou donnes stockes lectroniquement doivent tre utiliss pour complter une valuation mdicale et devenir ainsi et resteront la proprit de l'autorit qui dlivre la licence, condition que moi-mme ou mon mdecin puisse y avoir accs conformment la lgislation nationale. Le secret mdical sera respect tout moment. NUTRITION DE DIVULGATION DE DONNES PERSONNELLES Je dclare par la prsente que j'ai t inform et que je comprends que les donnes contenues dans mon certificat mdical selon l'ARA MLD 130 peuvent tre stockes lectroniquement et mis la disposition de mon AMI afin de fournir les donnes historiques requises dans le MED A 935 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux valuateurs mdicaux des autorits comptentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MLD 150 (c) (4).

Date : **26/1/21**

Signature du demandeur
[Signature]

Signature du mdecin examinateur :

Dr Patrick BORREA
Mdecin Aronautique
DGAC N° 3857 FAA 00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **MARTZINER** Prénoms : **PATRICK** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **19/12/61 - 03**
 Lieu de naissance : **19/12/61 - 03**

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 77 kg	(204) Yeux couleur noir	(205) Cheveux couleur châtain	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 Rythme ☐ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---	--	---

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☐
(209) Cavité buccale, 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) Examen neurologique- 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
*Retraité de l'armée. se souvient dans prison au Sénégal. secouru / incendie.
 Arterite. Soins. Muc = 3eup. Py che = RAS.
 Tabac = 0. Alca = occ. Spaut = 0. III = imexium. mal H.H.*

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

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

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction
 N14 lu à 100cm

Ceil droit	☐	☐	☐	☐
Ceil gauche	☐	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☐	☐

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

Ceil droit	☐	☐	☒	☐
Ceil gauche	☐	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☒	☐

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non
 Type : **1,58 biconc.**

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

(313) Perception des couleurs Normale Anormale
 Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**
 Nombre de tables présentées **10** Nombre d'erreurs **0**

(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 ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐
--	--	--

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite	05	05	05	05	10	15
Oreille gauche	05	10	05	05	10	10

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	11,5 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐	

Glycémie : 100 mg/dl

(248) Commentaires, limitations :
UML
Apté classe 2 → 26-01-2022.

(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 : **26-01-20** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Dr Patrick CORREA
 Médecin Anesthésiste
 N°004 ANMOS-DA108
 DGAC N° 3357 - FAA 00773

Numéro d'AME : **ND/004 ANMOS-DA108**
 DGAC N° 3357 - FAA 00773