

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **NATION** Prénoms : **RAPHY MICHAEL** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **19/04/1980**
 Lieu de naissance : **CASABLANCA-MAROC**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 93 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 140 Diastolique 90	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 100 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--	---

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 type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
CBT. Air Sénégal SA - 40 ans. Casier Pulvé (jet) puis avec Regional air ASG. Puis empe-Ést puis avec - Atlas Blue. Motivation = RAS. avec /s est. psych = RAS. Sympt-Plainte = 0. Tabac = arrêt act 2020. Alco = 0, III = 0 Sport = 1-2x/semaine

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

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

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes Oui Non Type : **Unif.**

(233) Lentilles de contact Oui Non Type : _____

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

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

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	11.7	

Ugy: 93 mg/dl

(248) Commentaires, limitations :
UDL.
Fit. classe → 29-01-2022.

(235) Analyse d'urine Normale Anormale
 Glucose Protéines Sang Autres _____

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	29-01-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	29-01-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophthalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	29-01-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Fit. Apte.**

Nom : **Dr Patrick CORREA**
 Signature : *[Signature]*
 Médicine Aérospatiale
 DGAC N° 1857 - FAA 00773

(247) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTE pour la classe :
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer:
 le destinataire : _____
 le motif : _____

► 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 : _____

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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 tous les renseignements d'une manière complète.

(250) date : **29-01-2022**

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**
 Médicine Aérospatiale
 DGAC N° 1857 - FAA 00773

Numéro d'AME : _____