RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : Raimbault Prénoms : Baptiste Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 21.06.1990
 Lieu de naissance : Tours

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>170</u> cm	(203) Poids <u>70</u> kg	(204) Yeux couleur <u>bleu/vert</u>	(205) Cheveux couleur <u>blond</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <u>120</u> Diastolique : <u>60</u>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) : <u>57</u> Rythme : ☒ régulier ☐ irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------------------	---	--

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
OPR. 30 ans Wizzair -> An. Sengal. SA. 2500 HDV. A320/821. Personne
Ceab 1 occ. 225 = Cicatrice ombilical. (HD), cicatrices humérus latères. Taille = ±. Alle = occ. III F = 0. Spout = 4x/sem.
Plants = 0

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

Ceil droit sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	☒	☐	☐	☐
Ceil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) **Lunettes** Oui Non
 Type : Réfraction Sph, Cylindre, Axe, Ajouter
 (233) **Lentilles de contact** Oui Non
 Type : Réfraction Sph, Cylindre, Axe, Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
 Tables pseudo-iso-chromatiques Type I S H I H A R A
 Nombre de tables présentées 20 Nombre d'erreurs 0

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)
 Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur
 Oreille droite : Oui Non
 Oreille gauche : Oui Non
 Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite	<u>05</u>	<u>05</u>	<u>00</u>	<u>05</u>	<u>00</u>	<u>00</u>
Oreille gauche	<u>05</u>	<u>00</u>	<u>00</u>	<u>00</u>	<u>05</u>	<u>00</u>

(236) **Fonction respiratoire**
 VEMS/CV % Peak Flow (l/min) 13.5 (g/dl)
 Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

(248) **Commentaires, limitations :**
g.g. 89mg/LP
A/te durée 1 -> 15-03-2022

(235) **Analyse d'urine** Normale Anormale
 Glucose 0 Protéines 0 Sang 0 Autres 0
 Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	<u>01-03-21</u>	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	<u>01-03-21</u>	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?) :	☐		☐	☐

(247 bis) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**
 Avis : A/te
 Nom : Dr Patrick CORREA
 Signature : [Signature]
 Médicine Aérospatiale
 MD1004/ANACS/SDTA/08
 DSAC 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

(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 : 01-03-2021
 et lieu :
 Norm 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 : [Signature]
 Numéro d'AME :
 Médicine Aérospatiale
 MD1004/ANACS/SDTA/08
 DSAC N° 1857 - FAA 00773