Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac DSAC

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: (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(3) Nom : VIVENOT	(4) Nom de naissance VIVENOT	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : Jean. Jim.	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 20-04-1956 (7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐	(14) Type de licence désirée : (15) Profession (principale) :
(8) Lieu et pays de naissance : Neuilly / Seine FRANCE.	(9) Nationalité :	(16) Employeur : Héliswiss.
(10) Adresse permanente : Sénégal. SALY Pays : N° de téléphone : 781931423 Courriel : JPVIVENOT@HOTMAIL.FR	(11) Adresse postale : (si différente) Résidence SAFARI SALY Pays : Sénégal. N° de téléphone : 78 193 1423	(17) Dernier examen médical : Date : Lieu : (19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☐ Oui ☒ détails : Port Lunettes ANR.

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance
CPLH	CH0002783	
	CH0002783	FRANCE.

(21) Nombre total d'heures de vol : 14020	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 220

(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:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : Hélicoptère B206. AS350

(25) Type de vol envisagé : VFR.

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐

(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☐ consommation journalière unités

(29) Consommez vous du tabac ?
Non jamais ☐ Non actuellement ☒ Date de l'arrêt : 1 an
Oui ☐ type et quantité :

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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☐
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☐
(104) Allergie ou rhume des foins	☒	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒

	Oui	Non
(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒
(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☒
(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒
(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒
(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒
(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒
(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒
(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒
(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒

	Oui	Non
(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒
(124) Test VIH positif	☐	☒
(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
(129) Hospitalisation	☐	☒
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒

Antécédents familiaux	Oui	Non
(170) Affection cardiaque	☐	☒
(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(173) Epilepsie	☐	☒
(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
(175) Diabète	☐	☒
(176) Tuberculose	☐	☒
(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(178) Maladie héréditaire	☐	☒
(179) Glaucome	☐	☒
A remplir uniquement pour les femmes		
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐
(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐

(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. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.. CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 13-11-19.

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac
DSAC

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

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

NOM :	Prénoms :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	172 cm	85 kg	B	S	Systolique 150	Diastolique 85	Pulsations (bpm) 80	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 bucale, 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

(5) Habitat = OK. (8) Divorcé. 15 enft. psycho = RAS.
Tabac = 0 Alc = occ[l]. Sport = 3x/sem. Moll = 0.
(E) Plainte = RAS.

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

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm	sans correction Oui	sans correction Non	avec correction Oui	avec correction Non
Œil droit	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm	sans correction Oui	sans correction Non	avec correction Oui	avec correction Non
Œil droit	☒	☐	☒	☐
Œil gauche	☒	☐	☒	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☒	☐

(232) **Lunettes**		(233) **Lentilles de contact**	
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	6	Type I S H I H A R A	
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	0

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(237) **Hémoglobine** (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	02-05-19	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	05-04-18	☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐	13-11-19	☐	☒
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

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

Avis :	Nom :
Apte.	Signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique N°/004/ANACS/DTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773

(247 bis) **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**
	☐	☐	☐	☐

(248) **Commentaires, limitations :**

VNL HAL (ANR).
TG = 5,17 g/l. Glyc = 1,21 g/l. Hbglq = 6,4%. → Inapte. Temp 3 mois.
Mesures Hygiéno diététiques. + Consultation Endocrino.

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigne 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 : et lieu: 13-11-19	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Fax: Telephone: E-mail: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME: Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique N°/004/ANACS/DTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 00773

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26
Laboratoire agrée par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : d1113228 *Prélèvement du :* 13.11.2019
Patient né le 20.04.1956 - 63 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

Monsieur **VIVENOT Jean-Pierre**
Prescrit par : Dr CORREA Patrick

HEMATOLOGIE

			Valeurs de référence	Antériorités
NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX)				Le 02.05.19
NUMERATION GLOBULAIRE				
Globules rouges	=	4,65 Millions/mm³	(4,20-5,70)	4,54
Hémoglobine	=	14,5 g/100ml	(14,0-17,0)	14,1
Hématocrite	=	42,4 %	(40,0-52,0)	41,7
Volume globulaire (V.G.M.)	=	91 µ³	(80-95)	92
Charge (T.G.M.H.)	=	31 pg	(28-32)	31
Concentration (C.C.M.H.)	=	34 %	(30-35)	34
Plaquettes	=	211.000 /mm³	(150000-450000)	179.000
Volume plaquettaire moyen	=	7,5 fl	(6,5-11,0)	7,3
Globules blancs	=	5.100 /mm³	(4000-10000)	5.400
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
Polynucléaires neutrophiles	=	58,4 % soit 2978 /mm³	(2000-7000)	3262
Polynucléaires éosinophiles	=	**4,5** % soit 230 /mm³	(100-400)	335
Polynucléaires basophiles	=	0,8 % soit 41 /mm³	(0-150)	38
Lymphocytes	=	31,2 % soit 1591 /mm³	(1500-4000)	1420
Monocytes	=	5,1 % soit 260 /mm³	(200-800)	346

BIOCHIMIE

			Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol total (Lisa200/Hycel)	=	2,40 g/l 6,22 mmol/l	(1,40-2,65)	2,35 Le 02.05.19
✍ Serum lactescent +				
Triglycérides (Lisa200/Hycel)	=	**5,17** g/l 5,84 mmol/l	(0,35-1,75)	3,40 Le 02.05.19
✍ Serum lactescent +				

MEILLEURS SENTIMENTS

Dr C.HUSSEINI

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac
DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

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

(1) Pays EASA de délivrance de licence : FRANCE	(2) Certificat médical sollicité — Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ PNC ☐	
(3) Nom : VIVENOT	(4) Nom de jeune fille	(12)
(5) Prénoms : Jean-Pierre	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 20-04-1956 — (7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐	(13)
		(14) Type de licence désirée : CPLH
(8) Lieu et pays de naissance : Neuilly/Seine FRANCE	(9) Nationalité : FRANÇAIS	(15) Profession (principale) : Pilote Hélicoptère
(10) Adresse permanente : SALY SAFARY Sénégal Pays : N° de téléphone :	(11) Adresse postale : (si différente) Le Gal 46800 St Cyprien Pays :	(16) Employeur : (17) Dernier examen médical : Date : 22-10-18 Lieu : ~~[illegible]~~ Genève
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(19) Conditions, limitations, dérogations : Non ☐ Oui ☒ détails : VNL. HAL

types	Numéro de licence	Pays de délivrance
CPLH	CH 00027283	FRANCE

(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 : 13800 H — (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 160 (23) Types d'avions actuellement utilisés : Bell 206 - AS 350.
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu : Détails :	(25) Type de vol envisagé : VFR. (26) Activité aérienne actuelle : Pilote seul ☒ Equipage multipilotes ☐
(27) Alcool – Consommation journalière moyenne : +- (29) Etes vous fumeur Oui ☐ Quantité : *Non jamais* ☐ *Non actuellement* ☒ *Date de l'arrêt :*	(28) Faites vous habituellement usage de médicaments ? Non ☐ Oui ☒ Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif : Allergie (Aerius 1 cp/J).

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	☐	☒	(113) Traumatismes crânien	☐	☒	(124) Positive au test VIH	☐	☒	**Pour les femmes seulement**		
(102) Avez-vous porté ou portez vous et/ou des verres de contact	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(150) Affectation gynécologique	☐	☐
			(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒						
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(126) Hospitalisation	☐	☒	(151) Grossesse en cours	☐	☐
(104) Allergie, rhume des foins, eczéma	☒	☐	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	☐	☒	(127) toute autre maladie ou blessure	☐	☒	**Antécédents familiaux**		
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	☐	☒	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	☐	☒	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(170) Affectation cardiaque	☐	☐
									(171) Hypertension artérielle	☐	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☐
									(173) Epilepsie	☐	☐
(107) Hypertension artérielle	☐	☒				(130) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒	(174) Maladie mentale	☐	☐
									(175) Diabète	☐	☐
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(120) tentative de suicide	☐	☒				(176) Tuberculose	☐	☐
(109) Diabète, désordre hormonal	☐	☒									
(110) Affection de l'estomac, du *foie ou des intestins*	☐	☒	(121) Mal des transports *nécessitant médication*	☐	☒				(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☐
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie, autre maladie sanguine	☐	☒	(132) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☐
(112) Affection de la gorge ou du nez trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒	(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 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 : 02-05-18 — Signature du demandeur : [signature] — Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac
DSAC

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

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

NOM : Vivenot	Prénoms : Jean Pierre	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 20-04-1956 Lieu de naissance : Neuilly/Seine

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHG Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations/min	Rythme
☐ Initial ☐ Approfondi ☑ Renouvellement ou Revalidation ☐ Recours spécial	172 cm	88 kg	B	S	120	70	70	R.

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)	☑	☐
(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) 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

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

(230) Intermédiaire N14 lue à 100cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☑	☐
Œil gauche	☐	☐	☑	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☑	☐

(231) de près N5 lue à 30 - 50cm	sans correction Oui	Non	avec correction Oui	Non
Œil droit	☐	☐	☑	☐
Œil gauche	☐	☐	☑	☐
Vision binoculaire	☐	☐	☑	☐

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☑	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
Type : Near vision		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 percue à 2m le dos tourné à l'examinateur	Oui ☑ Non ☐	Oui ☑ Non ☐

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	5000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(235) **Analyse d'urine** Normale ☑ Anormale ☐

Glucose	Albumine	Sang	Autres
0	0	0	

(236) Fonction respiratoire – (peak flow) –		(237) **Hémoglobine**	
(l/min)		14,1 (g/dl)	
Normale ☑	Anormale ☐	Normale ☐	Anormale ☐

Rapports annexés	Date	normal	anormal
(238) ECG	02-05-19	☑	☐
(239) Audiogramme	09-04-18	☑	☐
(240) Examen Ophtalmologique		☐	☐
(241) Examen ORL		☐	☐
(242) RX Thorax		☐	☐
(243) Lipides sanguins	02-05-19	☐	☑
(244) Fonction respiratoire		☐	☐
(245) Electro-encéphalogramme		☐	☐
Autres		☐	☐

(246) **Perception des couleurs**

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées 6	Nombre d'erreurs 0

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

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

APTE ☑ **INAPTE** ☐	Restriction : (à apporter sur le certificat d'aptitude) - 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 :

Champ d'application du certificat	**CLASSE 1**	**CLASSE 2**	**PNC**
	☑	☐	☐

(248) **Commentaires, restrictions, limitations :**

VNL., HAL.

TG = 3,40g/l Glyc = 1,26g/l. ⇒ bilan 1 mois. - RHD.

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigne 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
Dakar. 02-05-19	Patrick CORREA 3 Av Ambassadeur Fann Dakar.	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique MD/00?/A?/ACS/DTA/05 DGAC N°3857

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26
Laboratoire agrée par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : d1209212 *Prélèvement du :* 9.12.2019
Patient né le 20.04.1956 - 63 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

Monsieur **VIVENOT Jean-Pierre**
Prescrit par : Dr CORREA Patrick

HEMATOLOGIE

			Valeurs de référence	Antériorités
NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX)				Le 13.11.19
NUMERATION GLOBULAIRE				
Globules rouges	=	4,51 Millions/mm³	(4,20-5,70)	4,65
Hémoglobine	=	14,2 g/100ml	(14,0-17,0)	14,5
Hématocrite	=	41,8 %	(40,0-52,0)	42,4
Volume globulaire (V.G.M.)	=	93 µ³	(80-95)	91
Charge (T.G.M.H.)	=	31 pg	(28-32)	31
Concentration (C.C.M.H.)	=	34 %	(30-35)	34
Plaquettes	=	200.000 /mm³	(150000-450000)	211.000
Volume plaquettaire moyen	=	8,0 fl	(6,5-11,0)	7,5
Globules blancs	=	4.300 /mm³	(4000-10000)	5.100
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
Polynucléaires neutrophiles	=	48,9 % soit 2103 /mm³	(2000-7000)	2978
Polynucléaires éosinophiles	=	**8,8** % soit 378 /mm³	(100-400)	230
Polynucléaires basophiles	=	0,4 % soit 17 /mm³	(0-150)	41
Lymphocytes	=	33,7 % soit **1449** /mm³	(1500-4000)	1591
Monocytes	=	**8,2** % soit 353 /mm³	(200-800)	260

MEILLEURS SENTIMENTS

Dr C.HUSSEINI

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement dans votre boite Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26
Laboratoire agrée par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇨ *Suite dossier : d1209212 du 9.12.2019 Mr VIVENOT Jean-Pierre né le 20.04.1956 - 63 ans Tr: Assistance Médicale AMS*

BIOCHIMIE

			Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol total (Lisa200/Hycel)	=	2,20 g/l 5,70 mmol/l	(1,40-2,65)	2,40 Le 13.11.19
Cholestérol H.D.L. (Lisa200/Hycel)	=	0,59 g/l 1,53 mmol/l	(0,58-0,94)	0,53
Rapport Chol. Total/H.D.L.	=	3,73	(inf. à 4,90)	4,53 Le 13.11.19
Cholestérol V.L.D.L. (calculé)	=	**0,40** g/l 1,04 mmol/l	(inf. à 0,28)	
Cholestérol L.D.L. (calculé) (Formule de Friedewald)	=	1,21 g/l 3,13 mmol/l	(0,90-1,58)	
Triglycérides (Lisa200/Hycel)	=	**2,00** g/l 2,26 mmol/l	(0,35-1,75)	5,17 Le 13.11.19

Cette formule n'est applicable que pour les Triglycérides < 3,50 g/l

☞ Rapport Cholestérol total/HDL-c, facteur de risque
< 3,43 ..... demi-moyenne
3,43-4,97 ..... moyenne
4,97-9,55 .... double de la moyenne
9,55-23,40 ... triple de la moyenne

PATIENT SOUS-TRAITEMENT ?

MEILLEURS SENTIMENTS

Dr C.HUSSEINI

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
SUNULABO

NINEA 005459492

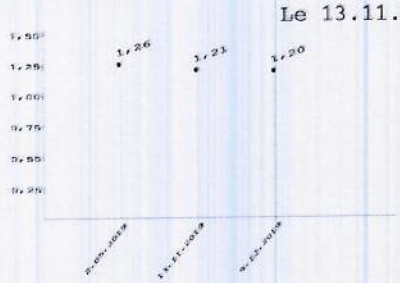
Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26
Laboratoire agrée par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Suite dossier : d1209212 du 9.12.2019 Mr VIVENOT Jean-Pierre né le 20.04.1956 - 63 ans Tr: Assistance Médicale AMS

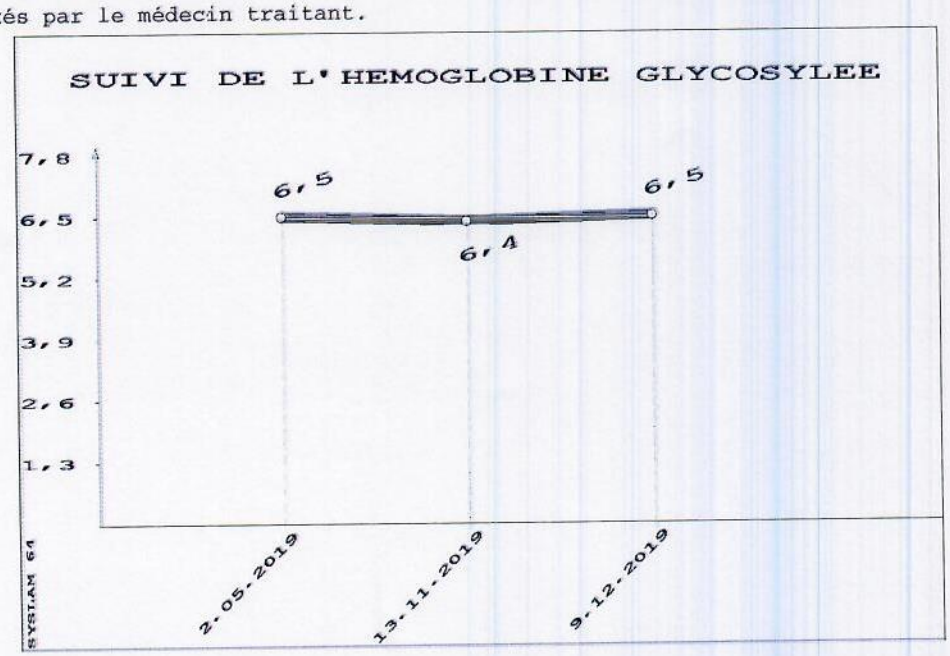
BIOCHIMIE

			Valeurs de référence	Antériorités
Glycémie à jeun (Lisa200/Hycel)	=	**1,20** g/l 6,7 mmol/l	(0,70-1,10)	1,21 Le 13.11.19



Hémoglobine glycosylée Hb A1c (IN 2 it-BioRad)	=	**6,5** %	(inf. à 6,0)	6,4 Le 13.11.19

Valeurs de référence pour un sujet non diabétique. Chez le sujet diabétique, les objectifs sont indiviualisés, fixés par le médecin traitant.



MEILLEURS SENTIMENTS

Dr C.HUSSEINI

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26
Laboratoire agrée par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

ENZYMOLOGIE

			Valeurs de référence	Antériorités
Phosphatases alcalines (Lisa200/Hycel)	=	106 U/l	(inf. à 258)	142 Le 02.05.19
Gamma-G.T. (Lisa200/Hycel)	=	21 UI/l	(10-45)	32 Le 13.11.19

Pour un âge > 50 ans, une augmentation physiologique de de +20 à +100% peut être observée par rapport au sujet jeune.

MEILLEURS SENTIMENTS

Dr C.HUSSEINI

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement dans votre boite Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com