FICHE D'EVALUATION

Date : 08/ 12/ 2020 facture : ASECNA

NOM DU CANDIDAT : RAKOTOARISOA Jean Valimihaja ,Classe : 1,
Compagnie : ASECNA / PNT / 5HCG CESSNA 4 C 680, Sexe : M

PARAMETRES	OUI/NON	OBS. MED
RENSEIGNEMENTS GENERAUX IDENTITE : ✓ Date de Nce : 7.07.73 ÂGE : 47 ans PERIODICITE : 06 mois VI-VR-VP- VA Fin validité ancien CM : dérogat° 08.08.2020.	oui	11. Août 2020 → 28 Fev. 2021 ↳ 06 mois.
ANTECEDENTS PERSONNELS : ATCDT MEDICAUX : ✓ ATCDT CHIRURGICAUX : ✓ ATCDT GYNECO-OBS : ✓ Accident/incident aéronautique (quand, où, motif)	Oui	Pas
HABITUDES TOXIQUES ✓	oui	Pas Alcool très occasionnel
MEDICAMENTS ACTUELS ✓	Oui	Pas
ANTECEDENTS FAMILIAUX : ✓	oui	Dbt (Père décédé) 63 kg
EXAMEN CLINIQUE PANCARTE : ✓ SIGNES PHYSIQUES CARDIO : PSY : ✓ PNEUMO :NEURO :	Oui	T : 170 Pds :TA: 12/8 pouls : 94. IMC :
OPHTALMOLOGIE AV : EXAMEN OPHT : ✓ CV :	oui	C : 13 cm.
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE AUDIOGRAMME : ✓ EXAMEN ORL : ✓	Oui	Pas
AUTRES ORGANES	—	—
EXAMENS COMPLEMENTAIRES ECG : ✓ BIOLOGIE : NFS : ✓ LIPIDES : ✓ AUTRES : RxCP : EEG : AUTRES (selles KAOP, Sérologies…)	oui	- Hb ↗ - Ht ↗ - γGT ↗↗↗ - Glycémie limite sup - Ac. urique ↗
DECISION CEMPA	BEG. Prescript° | Citrate de Betaïn Silymarin	
DECISION BMAC	ACCORDEE	

- BOIRE +++.
- Observance T3

LE MEDECIN EVALUATEUR

Dr. RABENANDRASANA Lanto Josué
Chef du Bureau Médical Aviation
Civile MADAGASCAR
ONM: 02 13 21 31 41 059 23

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL CLASSE 1-2-3

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

Nom : RAKOTOARISOA	Prénoms : JEAN VALIMIHAJA J.A	Date de naissance (Jour / Mois / Années) : 31/07/73 Lieu de naissance HOMI / MADAGASCAR

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mm Hg		(207) Pouls au repos	
◻ Initial ◻ Approfondi ◻ Renouvellement ou revalidation ◻ Recours spécial	170 cm	63 kg	MARRON	NOIR	Systolique 119	Diastolique 87	Pulsations/min 94	Rythme Régulier ◻ Irrégulier ◻

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.

(229) Signes particuliers (tatouages, cicatrices)

Acuité visuelle (Ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 6m			Lunettes / Contact		
Œil droit,	sans correction	10/10	Corrigé à		
Œil gauche,	sans correction	10/10	Corrigé à		
Vision binoculaire	sans correction	20/10	Corrigé à		

(230) Intermédiaire N14 lue à 100 cm	Sans correction OUI	Sans correction NON	Avec correction OUI	Avec correction NON
Œil droit,	✓			
Œil gauche,	✓			
Vision binoculaire,	✓			

(231) De près N5 lue à 30 – 50 cm	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 (✓) Types :		◻ Oui ◻ Non Types :
Réfraction éventuelle	OD	OG

(234) Audition (Si 241 pas fait)	Oreille droite	Oreille gauche
Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné à l'examinateur	◻ Oui ◻ Non	◻ Oui ◻ Non

(Ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

Audiométrie éventuelle Hz	500	1000	2000	3000	4000	5000
Oreille droite	10	10	15	5	10	–
Oreille gauche	10	10	10	5	5	–

(235) **Analyse d'urine** ◻ Normale ◻ Anormale

Glucose	Albumine	Sang	Autres
0	0	–	0

(236) Fonction respiratoire (peak flow) l/min	(237) Hémoglobine g/dl
◻ Normale ◻ Anormale	◻ Normale ◻ Anormale

Rapports annexés	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			
(239) Audiogramme	11.8.20	✓	
(240) Examen ophtalmologique	11.8.20	✓	
(241) Examen ORL	11.8.20	✓	
(242) Rx Thorax			
(243) Lipides sanguins			
(244) Fonction respiratoire			
(245) Electro-encéphalogramme			
Autres			

(246) **Perception des couleurs** ✓

Table pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre tables présentées : 24	Nombre d'erreurs 0

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

(247bis) **Décision du Médecin-Chef ou de son adjoint au CEMPA**

◻ APTE — Restrictions : (à reporter sur le certificat d'aptitude)
-Port obligatoire d'une protection optique (+ lunettes de secours en cabine)
-Durée de validité limitée à ....

◻ INAPTE ➡ Demande de dérogation d'aptitude du CEMAC ◻ Oui ◻ Non

Si une dérogation d'aptitude a été antérieurement par le CMAC, 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 ◻ CLASSE 3 ◻ AUTRES

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

- GCT → normal
- SPYMAKIN
- BEG général

APTE 28/08

(249) **Déclaration du Médecin-Chef ou de son Adjoint au CEMPA**

Je, soussigné, certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins – conseils agréés a examiner) 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 : 11 AOUT 2020	Nom et adresse du Médecin-Chef ou de son Adjoint au CEMPA	Cachet et signature du Médecin-Chef ou de son Adjoint au CEMPA

Docteur Hery RANDRIANARIVONY
Diplômé de Médecine Aéronautique et Spatiale
Médecin-Chef CEMPA - CDU

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence : ACM	(2) Classe du certificat médical sollicité (1) ☐2 ☐3 ☐autres	
(3) Nom : RAKOTOARISOA	(4) Nom de jeune fille :	(12) Demande ☐ Initiale ☒ Renouvellement
(5) Prénoms : JEAN VALIMIHAJA	(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 31/07/1973 (7) Sexe ☒ Masc. ☐ Fém.	(13) (14) type de licence désirée : Classe 1
(8) Lieu et pays de naissance : HOMI / MADA	(9) Nationalité : MALGACHE	(15) Profession (principale) : PILOTE
(10) Adresse permanente : Pays : MADAGASCAR N° de Téléphone : +261 32 47 712 26 Email :	(11) Nom et adresse du médecin examinateur : Email : cdumedical@yahoo.fr N° de Téléphone : 020 22 329 56	(16) Employeur : ASECNA (17) Date du dernier examen médical Date : 05/12/2019 Lieu : CDU
(18) Licence(s) de vol possédée(s) (Type) PP/IFR	Numéro de licence : 5R-CPL 04.0224A.20	Pays de délivrance : MADA (19) Conditions, limitations, dérogations : ☒ Non ☐ Oui Détails :
(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 : 5150 (22) Nombre d'heure de vol depuis le dernier examen médical : 150 (23) Type d'avions actuellement utilisés : DHC6 ET CESSNA C 210
(21) Accident aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? ☐ Non ☐ Oui Date : Lieu : Détails :		(25) Type de vol envisagé : VOL DE CALIBRATION (26) Activité aérienne actuelle : ☐ Pilote seul ☒ Equipage multipilote
(27) Alcool – Consommation journalière moyenne :		(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? ☐ Non ☐ Oui Nature et dose du médicament / Début de l'utilisation / motif :
(29) Etes vous fumeur ? Oui ☐ Quantité : Non Jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt :		

Antécédents généraux et médicaux : avez-vous des antécédents connus 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		X	(113) Traumatisme crânien		X	(124) Positivité au test VIH		X	**Pour les femmes seulement**		
(102) Avez-vous porté ou portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact		X	(114) Maux de têtes fréquents ou graves		X	(125) Maladie sexuellement transmissible		X	(150) Affection gynécologique		X
(103) Modifications dans la prescription de lunette depuis le dernier examen		X	(115) Accès de vertige / évanouissement		X	(126) Hospitalisation		X	(151) Grossesse en cours		
(104) Allergie, rhume des foins, éczéma		X	(116) Perte de conscience quel qu'en soit le motif		X	(127) Toute autre maladie ou blessure		X	**Antécédents familiaux**		
(105) Asthme, tuberculose, ou maladie pulmonaire		X	(117) Affection neurologique : Epilepsie, convulsions, paralysie, etc.		X	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		X	(170) Affection cardiaque		
									(171) Hypertension artérielle		
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		X	(118) trouble psychique de toute espèce : dépression, anxiété, etc.		X	(129) refus d'assurance vie pour motif médical		X	(172) Taux élevé de cholestérol		X
(107) Hypertension artérielle Ou Hypotension artérielle		X	(119) Traitement pour abus d'alcool ou drogue		X	(130) Refus de licence de vol pour motif médical		X	(173) Epilepsie		X
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		X	(120) Tentative de suicide		X	(131)Médecine préventive (vaccination, conseils, autres...)		X	(174) Maladie mentale		X
(109) Diabètes, désordre hormonal		X							(175) Diabète		X
(110) Affection de l'estomac, du foie, ou des intestins		X	(121) Mal des transports nécessitant médication		X				(176) Tuberculose		X
									(177) Allergie / Asthme / Eczéma		
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles		X	(122)Anémie, autre maladie sanguine		X	(132) Exemption ou réforme du service national pour motif médical		X	(178) Maladie héréditaire	PERE DIABETIQUE (DCD)	
(112) Affectation de la gorge ou du nez, trouble du langage		X	(123) Paludisme, autre maladie tropicale		X	(133) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		X	(179) Glaucome		X

(30) **Remarques :** NEANT

(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 trouble de mon état de santé autres que ceux que j'ai déjà signalés. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au Bureau Médical de l'Aviation Civile, dans le respect du secret médical conformément à la règlementation en vigueur, Je suis conscient que si j'ai fait toutes fausses ou trompeuses déclarations à propos de cette application, ou si Je ne consens pas à publier l'information médicale secondaire, l'autorité peut refuser de m'accorder une aptitude médicale ou peut retirer toute aptitude médicale accordée. A tout moment, Je peux avoir accès à mon dossier médical par une demande écrite au Bureau Médicale de l'Aviation Civile.

Date : 10/08/2020

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Docteur Mary RANDRIANARIVONY
Diplômé de Médecine Aéronautique et Spatiale
Médecin Chef CEMFA - CDU

AVIATION CIVILE DE MADAGASCAR

A.C.M.

QUESTIONNAIRE RELATIF AU TEST PSYCHOLOGIQUE et PREVENTION DE L'USAGE DES SUBSTANCES POSANT PROBLEME SUR LES LIEUX DE TRAVAIL EN AVIATION

	QUESTIONNAIRE	oui	non
	Questions en rapport avec la dépression :		X
	1) Au cours des trois derniers mois, vous êtes-vous souvent senti découragé, déprimé ou désespéré ?		X
	2) Au cours des trois derniers mois, vous êtes-vous souvent senti perturbé de ressentir peu d'intérêt ou de plaisir à exercer vos activités ?		X
	3) Au cours des trois derniers mois, avez-vous été perturbé par des problèmes de sommeil — vous endormir, rester endormi ou dormir trop longtemps — sans rapport avec une perturbation du sommeil par le vol de nuit ou le décalage horaire ?		X
	4) Au cours des trois derniers mois, avez-vous nettement ressenti de l'euphorie pendant plus d'une semaine ?		X
	Questions en rapport avec une crise d'anxiété/de panique :		
	1) Au cours des trois derniers mois, avez-vous connu un épisode où vous ressentiez soudain de l'anxiété, de l'inquiétude ou un malaise ?		X
	2) Au cours des trois derniers mois, avez-vous éprouvé des sensations d'essoufflement, de palpitations (battements cardiaques accélérés) ou de tremblements, au repos et sans raison valable ?		X
	3) Au cours de l'année écoulée, avez-vous dû demander des conseils médicaux d'urgence pour cause d'anxiété ?		X
	Questions en rapport avec la consommation d'alcool :		
	1) Avez-vous déjà senti que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ?		X
	2) Certains vous ont-ils fâché en critiquant votre consommation d'alcool ?		X
	3) Avez-vous déjà éprouvé un sentiment de culpabilité en buvant ?		X
	4) Avez-vous déjà eu besoin de prendre un verre en vous levant le matin?		X
	5) Normalement, combien de boissons alcoolisées consommez-vous par semaine ?		X
	Questions suggérées en rapport avec l'usage de médicaments :		
	1) Avez-vous déjà pris d'autres médicaments que ceux prescrits pour raisons médicales ?		X
	2) Quels médicaments sans ordonnance (en vente libre) avez-vous consommés ? Quand en avez-vous consommé pour la dernière fois ?		X

Déclaration : Je certifie par la présente que j'ai soigneusement considéré les déclarations que j'ai faites ci-dessus et qu'elles sont, au mieux de ma connaissance, complètes et exactes. Je déclare en outre que je n'ai fait aucune fausse déclaration, ni omis aucune information pertinente en rapport avec la présente demande. Je comprends que si j'ai fait une déclaration fausse ou trompeuse en rapport avec cette demande, ou si je ne consens pas à fournir les renseignements médicaux à l'appui, l'Aviation Civile de Madagascar pourra refuser d'accorder une attestation médicale ou retirer toute attestation médicale accordée, sans préjudice de toute autre procédure judiciaire applicable.

Date : 10/08/2020

Signature du candidat

Signature du médecin-examinateur (Témoin)

Docteur Hery RANDRIANARIVONY
Diplômé de Médecine Aéronautique et Spatiale
Médecin Chef CEMPA - CDU

RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

Annexe au formulaire pour demande de certificat médical

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays : MADAGASCAR	(2) Classe du certificat médical sollicité :	
(3) Nom : RAKOTOARISOA	(4) Nom de jeune fille :	☒ Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ Classe 3
(5) Prénoms : JEAN VALIMIHAJA	(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 31/07/1973 — (7) Sexe : ☒ Masc. ☐ Fem.	(13)
(8) Lieu et pays de naissance : HOMI / MADA	(9) Nationalité : MALAGASY	(14) Type de licence désirée : Classe 1

(402) Catégorie d'examen : ☐ Initial ☐ Approfondi ☒ Renouvellement ou Revalidation ☐ Recours spécial	**(403) Antécédents oto-rhino-laryngologiques :** /

Examen clinique :
Cochez chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, face, cou, cuir chevelu	✓	
(405) Cavité buccale, dents	✓	
(406) Pharynx	✓	
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	✓	
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	✓	
(409) Elocution	✓	
(410) Sinus	✓	
(411) Conduits auditifs externes, Tympans	✓	
(412) Otoscopie pneumatique		
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsava (uniquement à l'examen initial)		

Tests complémentaires
(si indiqués)

	Date	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale			
(415) Rhinoscopie postérieure			
(416) ENG ; nystagmus spontané et positionnel			
(417) Epreuve calorique différentielle - Epreuve vestibulaire rotatoire			
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte			

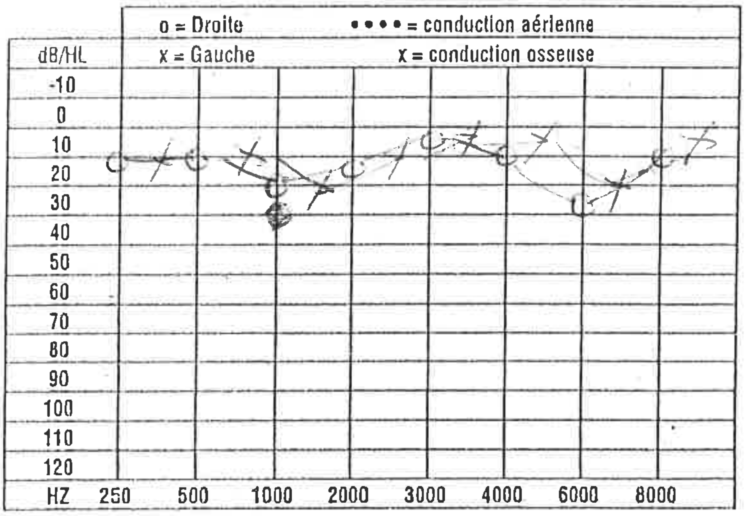
(419) Audiométrie tonale

dB HL (seuil d'audition)

AUDIOMÉTRIE		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
OD	C.A.	10	15	20	15	5	15	25	10
OD	C.O.								
OG	C.A.	10	10	20	10	5	5	25	5
OG	C.O.								

(420) Audiogramme

(Diagramme facultatif)



(421) Remarques et recommandations de l'ORL :

/

(422) Déclaration du médecin examinateur :

Je certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.	
(423) Date (Jour/Mois/Année) : 11/08/20 Signature et cachet de l'oto-rhino-laryngologiste examinateur	PROPOSITION D'APTITUDE DU MEDECIN OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE Apte au ORL

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
ONM : [illegible]
Tél : ....

RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Annexe au formulaire pour demande de certificat médical

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays : MADAGASCAR	(2) Classe du certificat médical sollicité :	☒ Classe 1 ☐ Classe 2 ☐ Classe 3
(3) Nom : RAKOTOARISOA	(4) Nom de jeune fille :	
(5) Prénoms : JEAN VALIMIHAJA	(6) Date de naissance : (Jour / Mois / Année) 31/07/1993 (7) Sexe : ☐ Masc. ☐ Fem.	(13)
(8) Lieu et pays de naissance : AMI / MADA	(9) Nationalité : MALAGASY	(14) Type de licence désirée : classe 4

(402) Catégorie d'examen :
- ☐ Initial
- ☐ Approfondi
- ☒ Renouvellement ou Revalidation
- ☐ Recours spécial

(303) Antécédents ophtalmologiques :

Néant

Examen clinique :
Cochez chaque item

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	✓	
(305) Yeux, Segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)	✓	
(306) Position et mobilité oculaire	✓	
(307) Champs visuels (confrontation)	✓	
(308) Réflexes pupillaires	✓	
(309) Fond de l'œil		
(310) Convergence cm	13cm	
(311) Accommodation	✓	

Acuité visuelle

(314) Vision de loin à 5/6 m

			Lunettes	Lentilles de Contact
Œil droit sans correction	10/10	corrigée à	/10	/10
Œil gauche sans correction	10/10	corrigée à	/10	/10
Vision binoculaire sans correction	10/10	corrigée à	/10	/10

(315) Vision intermédiaire à 1 m

			Lunettes	Lentilles de Contact
Œil droit sans correction	N 1 /10	corrigée à	/10	/10
Œil gauche sans correction	N 1,5 /10	corrigée à	/10	/10
Vision binoculaire sans correction	N 1 /10	corrigée à	/10	/10

(316) Vision de près à 30-50 cm

			Lunettes	Lentilles de Contact
Œil droit sans correction	N 1,5 /10	corrigée à	/10	/10
Œil gauche sans correction	N 1 /10	corrigée à	/10	/10
Vision binoculaire sans correction	N 1,5 /10	corrigée à	/10	/10

(312) Equilibre oculomoteur (en dioptries prismatiques)

A la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	0	Ortho	0
Eso	0	Eso	0
Exo	0	Exo	0
Hyper	0	Hyper	0
Cyclo	0	Cyclo	0
Tropie ☐ Oui ☒ Non		Phorie ☐ Oui ☒ Non	
Epreuve de réserve de fusion : ☐ Non effectuée	☒ Normale	☐ Anormale	

(317) Réfraction SOUS CYCLOPLEGIE

	Sph	Cylindre	Axe	de près-add
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques — Type ISHIHARA ✓

Nombre de planches présentées : 24 — Nombre d'erreurs : 0

Test approfondi de perception des couleurs effectué ☐ Oui ☐ Non

Méthode =

	NL	ANL		NL	ANL
Lanterne de Beyne	☐	☐	Anomaloscope	☐	☐

☐ Normale ☐ Anormale

(318) Lunettes

☐ Oui ☐ Non

Type :

(319) Lentilles de contact

☐ Oui ☐ Non

Type :

(320) Tension Intra-oculaire

Méthode : ☐ Normale ☐ Anormale

Droite mmHg — Gauche mmHg

(321) Remarques et recommandations de l'ophtalmologiste :

47 ans → RAS

(322) Déclaration du médecin examinateur :

Je certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète. CDU / Antananarivo

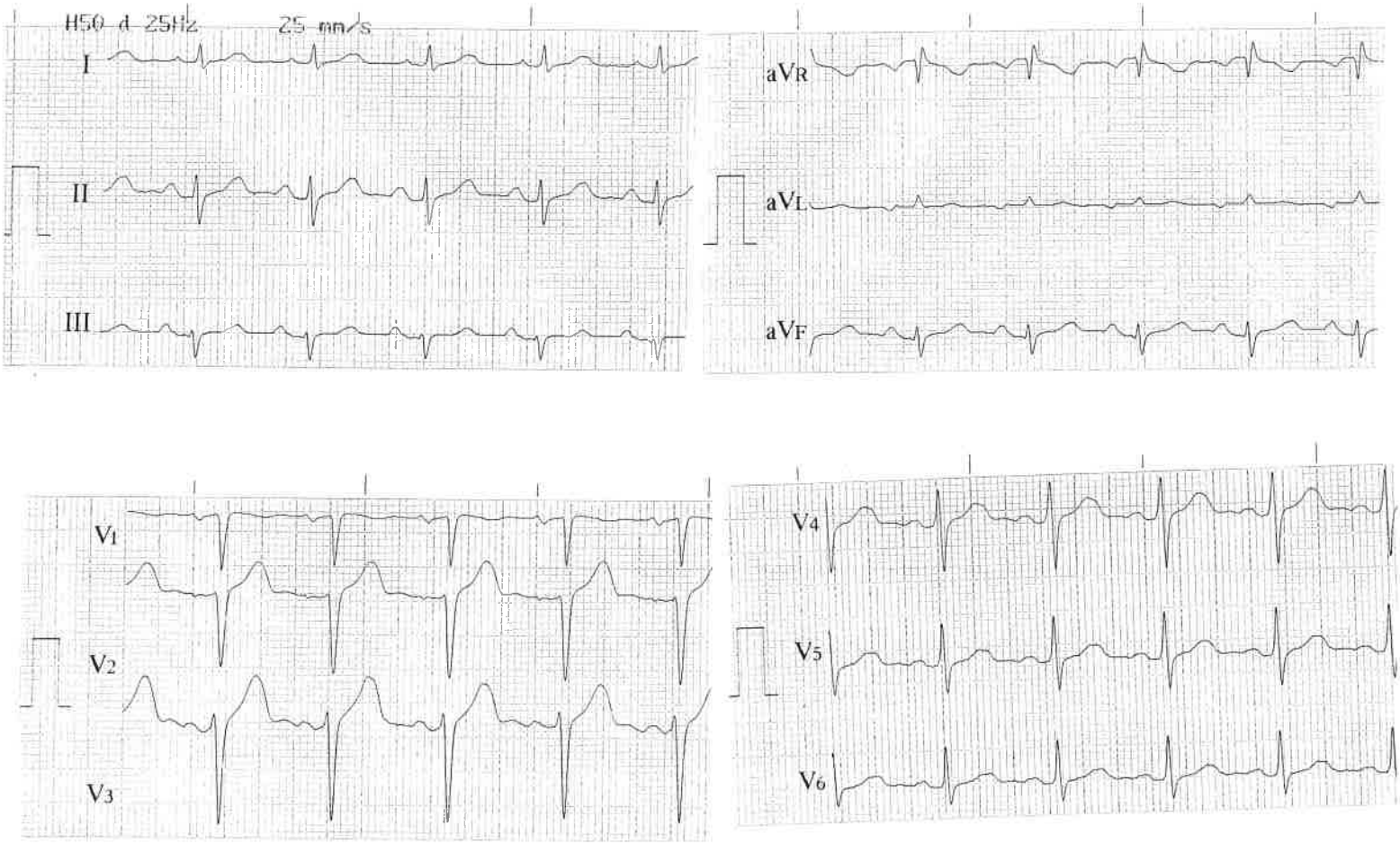
Lieu et Date (Jour/Mois/Année) : 11. 08. 22

Signature et cachet de l'ophtalmologiste examinateur

PROPOSITION D'APTITUDE DU MEDECIN OPHTALMOLOGISTE

Apte en ophtalmo

CDU



Date : 10 AOUT 2020

Mr/Mme/Mlle RAKOTOARISOA Jean Valimihajo (47 ans)

Rythme sinusal

Fréquence : 85 / mn

Axe de QRS : incalculable

Repolarisation : normale

Divers indices : normaux

CONCLUSION : Tracé normal

Docteur RAKOTOARISOA
Mollerivelo Sanguinis
Cardiologue
ONM : 02 12 27 31 510 3092

Demande n° **10/08/20-1-0150**

MR RAKOTOARISOA Jean Valimihaja
LOT IO 34 TSARALALANA 101 ANTANANARIVO Renivohitra

Hématologie

		Valeurs de référence	Antériorités
✔ **Hémogramme sur sang total tube EDTA** SYSMEX XN 1000			30/06/10
Hématies	*6 220 000,00 /mm3	4 200 000 à 6 200 000	5 950 000,00
Hémoglobine	*18,30 g/100ml	13,0 à 18,0	17,20
Hématocrite	*52,7 %	36,0 à 46,0	49,9
V.G.M.	84,70 µ3	80 à 100	84,00
T.C.M.H.	29,4 picog	25 à 35	28,9
C.C.M.H.	34,70 g/dl	31,0 à 37,0	34,00
Leucocytes	5 740 /mm3	4 000 à 10 000	5 900
Polynucléaires neutrophiles ..3 019 /mm3	52,60 %	1 300 à 7500	3
Polynucléaires éosinophiles .....69 /mm3	1,20 %	0 à 600	0
Polynucléaires basophiles .....80 /mm3	1,40 %	0 à 150	0
Lymphocytes .....2 170 /mm3	37,80 %	1 500 à 4 000	2
Monocytes .....*402 /mm3	7,00 %	20 à 1 000	0
Plaquettes	358 000 /mm3	150 000 à 450 000	353 000
V.P.M.	9,30 µ3	Inf. à 10,0	10,10

Enzymologie (sérique et/ou plasmatique)

		Valeurs de référence	Antériorités
✔ GGT echnique colorimétrique sur Kone indiko	*163,00 UI/L résultat contrôlé	<55	

Biochimie sérique et/ou plasmatique et/ou urinaire

		Valeurs de référence	Antériorités
✔ Glycémie à jeûn Dosage colorimétrique sur Alinity C 8502	*5,97 mmol/L	4.1 à 5.9	29/06/18 5,60

. En cas d'hyperglycémie supérieure à 30 mmol/L, elle peut traduire UN ETAT D'HYPERGLYCEMIE HYPEROSMOLAIRE ET UNE DESHYDRATATION SEVERE OU UN PRELEVEMENT REALISE SUR PERFUSION.

✔ Créatinine ..... 76 µmol/L — 59 à 104
Dosage colorimétrique sur Alinity C 8501

Le résultat de la créatinine est fonction de l'âge et du poids du patient, il est à intérpréter en fonction de la clairance de la créatinine. La clairance de la créatinine peut être calculée par le médecin prescripteur.
Cette prédiction de la clairance de la créatinine peut être estimée selon la formule de Cockroft: K= 1.24 (homme) ou 1.04 (femme)

$$\text{Clairance (ml/mn)} = \frac{(140-\text{âge en années}) \times (\text{poids en kg}) \times K}{\text{Créatininémie en µmol/L}}$$

✔ Cholestérol Technique colorimétrique sur Alinity C de Abbott 8501	*4,22 mmol/L	2.9 à 6.2	31/08/11 3,80
✔ Cholestérol H.D.L. Technique colorimétrique sur Alinity C de Abbott 8501	*1,37 mmol/L *0,53 g/L	1.16-2.45 0.45 -0.94	31/08/11 1,17 0,45
Rapport Cholestérol total / H.D.L.	3,08	Inf. à 5,00	3,25
✔ Triglycérides Technique colorimétrique sur Alinity C de Abbott 8501	1,27 mmol/L 1,11 g/L	0,46 à 2,28 0,40 à 2,00	31/08/11 1,65 1,45

RANDRIANIRINA Frédérique
Médecin Biologiste
Responsable Technique
de la Microbiologie
Chef de Service
du Centre de Biologie Clinique

RATSIMA Elisoa
Médecin Biologiste
Responsable Technique
de la Biochimie et sérologie

RAMPARANY Lovasoa
Médecin Biologiste
Responsable Technique
du Pré-analytique et Hématologie

RAHARISOLO Clairette
Docteur en Médecine
Responsable Technique
du laboratoire anatomo-cytopathologie

Institut Pasteur de Madagascar

Centre de Biologie Clinique

- lot II R 48 Ter Ambatofotsikely – Antananarivo 101 – Madagascar

Avaradoha ☎ (+ 261 20) 22 401 64/65 ① 032 05 412 72 /034 14 412 72 /033 02 412 72
Centre de prélèvement Ankorondrano : ① 034 02 426 66
Email: cbc@pasteur.mg

DR RATIASOA VOAHANGY

Monsieur RAKOTOARISOA JEAN VALIMIHAJA
LOT IO 34 TSARALALANA101 ANTANANARIVO Renivohitra

Demande n° **10/08/20-1-0150 -A3-**

Le lundi 10 août 2020

		31/08/11
✔ Calcul du Cholestérol L.D.L	2,27 mmol/L	1,88
Rapport Cholestérol H.D.L/L.D.L	0,60	0,62

Traitement des hypercholestérolémies - valeurs d'intervention (ANAES 2005)

	LDL	
	g/l	**mmol/l**
Prévention primaire • sujets sans autre facteur de risque • sujets ayant un autre facteur de risque • sujets ayant deux autres facteurs de risque • sujets ayant plus de deux autres facteurs de risque	 > 2,20 > 1,90 > 1,60 > 1,30	 5,7 4,9 4,1 3,4
Prévention secondaire • sujets ayant une maladie coronaire	> 1,30	3,4
Prévention secondaire US • sujets ayant une maladie coronaire	> 1,00	3,0

(**Facteurs de risques** = Âge; Antécédents familiaux de maladies coronaires précoces, d'artériopathie ou d'une autre localisation d'athérome; Tabagisme en cours; Hypertension artérielle (PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg ou traitement antihypertenseur en cours); HDL-cholestérol inférieur à 0.35 g/l (0.9 mmol/l; Diabète. **Facteur protecteur:** HDL-cholestérol supérieur ou égale à 0.60 g/l (1.6 mmol/l); soustraire alors « un risque » au score de niveau de risque).

✔ Acide urique .....
Technique colorimétrique sur Alinity C de Abbott 8501

0,45 mmol/L
450 µmol/L

0.21- 0.42
210 - 420

Validé le 10/08/20 par Dr Aldine NDRASANTSOA

Le laboratoire s'engage à protéger les données à caractère confidentiel de ses patients

L'Institut Pasteur de Madagascar vous remercie.

RANDRIANIRINA Frédérique
Médecin Biologiste
Responsable Technique
de la Microbiologie
Chef de Service
du Centre de Biologie Clinique

RATSIMA Elisoa
Médecin Biologiste
Responsable Technique
de la Biochimie et sérologie

RAMPARANY Lovasoa
Médecin Biologiste
Responsable Technique
du Pré-analytique et Hématologie

RAHARISOLO Clairette
Docteur en Médecine
Responsable Technique
du laboratoire anatomo-cytopathologie

I Centre de deliverance / Center of issue
CEMPA / CDU - MADAGASCAR

III N° de licence / Licence number

IV Nom et prénom du détenteur / Last and first name of holder

XIV Date de naissance / Date of birth

V Adresse / Address

VI Nationalité / Nationality

VII Signature du titulaire / Signature of holder

VIII Autorité émettrice / issuing authority
II U 97 Cité Planton
Ampahibe
Antananarivo 101
MADAGASCAR

AGREMENT
N°SR-M.001.2019 CEMPA

II Certificat Médical de classe 1
Medical Certificate class 1

IX Date de fin de validité / Validity expiry date
28 FEV 2021

X Date de délivrance et signature du médecin-chef ou de son adjoint / Responsable / Date of issue and signature of issuing medical officer
11 AOUT 2020

XI Cachet / Stamp
Docteur Hery RAKOTOMANANTSOA
Diplômé de Médecine Aéronautique et Spatiale
Médecin Chef CEMPA - CDU

Examen médical initial / Initial medical examination

Date / Date

XIII Limitations ou conditions / Limitation or du ressort du CMAC conditions or CMAC only

du ressort du CEMPA
(port d'une correction optique adaptée, durée de validité limitée)
(Shall wear corrective lenses, restriction of the perio of validity)

Ce certificat est valable pour la classe 2 jusqu'au :

This medical certficate is valid for class 2 until :

AVIATION CIVILE DE MADAGASCAR

A.C.M.

CERTIFICAT MEDICAL

Dr. RABENANDRASANA Lanto Josué
Chef du Bureau Médical Aviation
Civile MADAGASCAR

Je, soussigné .....ONM: 02.13.21.31.41.059.23....., Médecin Chef du Bureau Médical de l'Aviation Civile de Madagascar, faisant suite à la lettre en date du 09.02.2021 du PNT RAKOTOARISOA Jean Valimihaja demandant prolongation de son attestation médicale « Pilote ASECNA » résidant à Dakar Sénégal, au RAM 3301.A.2 : Conditions Médicales / Sous-titre X : durée de validité / point g : durée de validité différée, et à l'évaluation de ses derniers dossiers médicaux en date du 08 Décembre 2020, certifie par la présente que l'APTITUDE MEDICALE de l'intéressé, né le 31 Juillet 1973, domicilié au lot IO 34 Tsaralalana avec adresse professionnel à Dakar Sénégal, travaillant pour le compte d'ASECNA, est prorogée à titre exceptionnel d'une durée de 01 mois et demi (45 jours) pour compter du 01 Mars 2021 au 15 Avril 2021 inclus, non reconductible, pour lui permettre de s'acquitter de sa fonction en tant que « PILOTE PROFESSIONNEL »

Ce certificat est délivré pour servir et faire valoir ce que de droit.

A Antananarivo, le 15 FEB 2021

VISA DIRECTEUR DE LA SUPERVISION DE LA SECURITE

ANDRIAN[illegible]ISOA Sitraka

LE MEDECIN CHEF DU BUREAU MEDICAL ACM

13, rue Fernand Kasanga B.P. 4414, Antananarivo 101, Madagascar Tél : +(261)20 22 224 38 ; GSM : + (261) 32 07 221 62 ; Fax : +(261)20 22 247 26 ; E-mail : acm@acm.mg