



Agence Nationale de l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-01-A

EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL
DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application :
10/09/2018

Page
1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : CPL / PILOTE
CLASSE : CLASSE 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : YOFF DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>RAKOTOARISOA</u> Prénom : <u>JEAN VAZIMIHAJA</u> Nationalité : <u>MALGACHE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>31/07/1973</u> à : <u>MADAGASCAR / HONI</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u> Adresse : <u>YOFF VIRAGE, TOUNDOUP RYA</u> <u>LOT 46. AP. 215</u> Téléphone : <u>772078836</u> email : <u>VAZIMIHAJA.RAKOTOARISOA</u> Profession/activité : <u>PILOTE CPL</u> <u>26MAIL.COM</u> Situation de famille : <u>MARIE</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>TOUS ASECNA</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>5350h</u>
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 31/09/2023 Lieu :

Nom du médecin : Dr FELICIA CEMPN
MADAGASCAR

Vous avez été déclaré : Apte Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos		<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		<input checked="" type="checkbox"/>
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		<input checked="" type="checkbox"/>
25 Autres		<input checked="" type="checkbox"/>

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

Le 03/10/23.
[Signature]

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

[Signature]



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : RAKOTOARISOA Prénoms : JEAN VACI MIHATA Date de naissance : 31/07/1973
(JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance : MADAGASCAR/HOMI

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>170</u> cm	(203) Poids <u>61</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis)		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>131</u> mmHg	Diastolique <u>88</u> mmHg		
					Pulsations <u>80</u>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier		

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
OPC - 80 ans - Asecoma - Citations - 1 année 10 enfants -
Spaut = math
Tchad = 0
Malt = 0
Ade = 0

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

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<u>Ne</u>				
Œil gauche sans correction	<u>Ne</u>				
Vision binoculaire, sans correction	<u>Ne</u>				
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>			
Rapport annexés		Non réali- sé	Date	Nor- mal	Anor- mal
(238) ECG			<u>03-10-2013</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			<u>03-10-2013</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophthalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins			<u>03-10-2013</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D: mmHg					



Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date d'application : 10/06/2017

Page 2 sur 2

(231) de près		Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>00</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

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

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Test 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 %	Peack Flow (l/min)	8,1 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

Age = 110h

Champ d'application du certificat	Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

(248) commentaires, limitations : *Apté classe 1 -> 3A-03-2024*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigne 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.

(250) Lieu et date : *03-10-2023*

Nom et adresse du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apté*

Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : *Patrick CORREA*
Médicine Aeronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

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

APTE 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

Cachet et signature : **Dr Patrick CORREA**
Médicine Aeronautique
SN-MED-004
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 - 77 478 67 67

Laboratoire agréé 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 : h1003252 Prélèvement du : 3.10.2023

Patient né le 31.07.1973 - 50 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

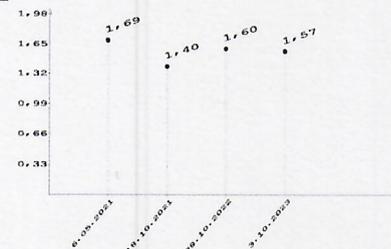
Monsieur RAKOTOARISOA Jean Valimihaja

Prescrit par : Dr CORREA Patrick

BIOCHIMIE

		Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol total	=	1,57 g/l	1,60
(EXL200/Siemens)		4,07 mmol/l	Le 28.10.22

☞ Consensus ARCOL (adultes) : souhaitable < 2,00 g/l
limite 2,00-2,39 g/l
élevé > 2,40 g/l



Cholestérol H.D.L.	=	0,64 g/l	(0,40-0,60)	0,50
(EXL200/Siemens)		1,66 mmol/l		

Rapport Chol. Total/H.D.L.	=	2,45	(inf. à 4,90)	3,20
				Le 28.10.22

Cholestérol V.L.D.L. (calculé)	=	0,13 g/l	(inf. à 0,28)	0,24
		0,35 mmol/l		

Cholestérol L.D.L. (calculé)	=	0,80 g/l	(0,90-1,58)	0,86
(Formule de Friedewald)		2,06 mmol/l		

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

Dr F. DIAZ

MEILLEURS SENTIMENTS

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

le 3.10.2023 à 16h35

Page n° 1/3 - PDF -

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam
Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 478 67 67

Laboratoire agréé 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 : h1003252 du 3.10.2023 Mr RAKOTOARISOA Jean Valimihaja né le 31.07.1973 - 50 ans Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

		Valeurs de référence	Antériorités
Triglycérides (EXL200/Siemens)	= 0,67 g/l 0,76 mmol/l	(inf. à 1,50)	1,20 Le 28.10.22
Créatinine (Enzymat. EXL200/Siemens)	= 8,6 mg/l 76 µmol/l	(6,7-11,7)	9,1 Le 28.10.22

Le débit de filtration glomérulaire selon CKD-EPI peut être
estimée pour ce patient à = 100,3 ml/min

Classification des stades de la Maladie Rénale Chronique (MRC) selon le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) :

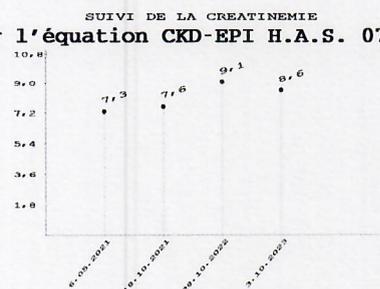
Stades de MRC	DFG en ml/min/1,72m ²	Définition
1	≥ 90	DFG normal ou augmenté
2	60 à 89	DFG légèrement diminuée si associé à au moins un MAR*
3A	45 à 59	IRC modérée
3B	20 à 44	IRC modérée
4	15 à 29	IRC sévère
5	< 15	IRC terminale

* Marqueurs d'Atteinte Rénale (MAR) persistants plus de 3 mois (à 2 ou 3 examens consécutifs)
- Anomalies biologiques : Albuminurie, Hématurie, Leucocyturie
- Autres anomalies rénales : Morphologiques, Histologiques, dysfonctionnement tubulaire

*N.B. Chez les sujets suivants, les résultats sont à interpréter avec précautions
en les confrontant à la clinique et aux résultats d'autres examens :*

- Patients âgés de plus de 75 ans
- Patients de poids extrême (masse musculaire élevée ou faible, sujets dénutris)

Source: Diagnostic de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) par l'équation CKD-EPI H.A.S. 07/2012



Dr F.DIAZ

MEILLEURS SENTIMENTS

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

le 3.10.2023 à 16h35

Page n° 2/3 - PDF -

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 478 67 67

Laboratoire agréé 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 : h1003252 du 3.10.2023 Mr RAKOTOARISOA Jean Valimihaja né le 31.07.1973 - 50 ans Tr: Assistance Médicale AMS

ENZYMOLOGIE

		Valeurs de référence	Antériorités
Transaminase SGOT (EXL200/Siemens)	= 32 UI/l	(15-37)	26 Le 28.10.22
Transaminase SGPT (EXL200/Siemens)	= 55 UI/l	(16-63)	39 Le 28.10.22
Gamma-G.T. (EXL200/Siemens)	= 93 UI/l	(15-85)	80 Le 28.10.22

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

✍ Résultat contrôlé



Dr F. DIAZ

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

le 3.10.2023 à 16h35

Page n° 3/3 - PDF -

MEILLEURS SENTIMENTS

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **JEAN VALIMHAJA RAKOTOARISOA.....**

Né(e) le : **31/07/1973** à TANA/MADAGASCAR Age : **... 50 ANS.....**

Demeurant : **...YOFF VIRAGE TOUNDOUP RYA.....**

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **03/10/23**

Limite de validité : **31/03/24** Durée de validité : **6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet

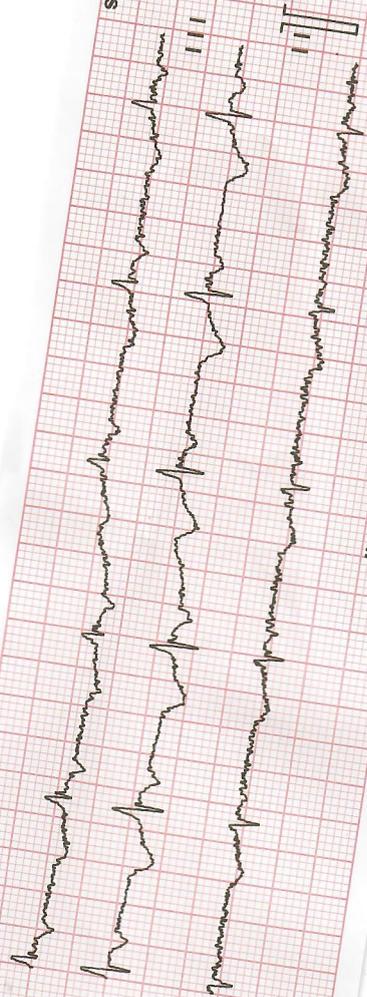
Dr Patrick CORREA
 Médecin Aéronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.
 Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.*

BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW:4.75.0000
Aut

03/10/2023 09:31:47

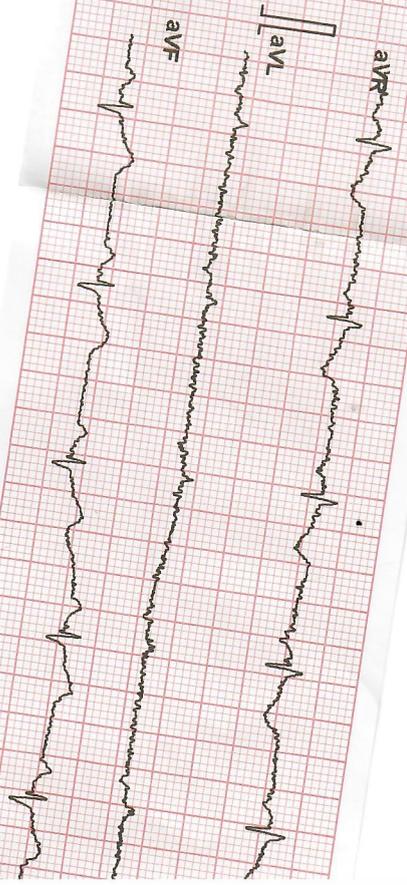
25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 15s

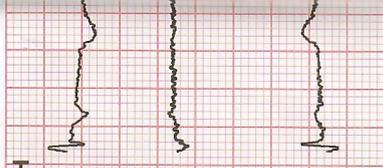


HR = 67

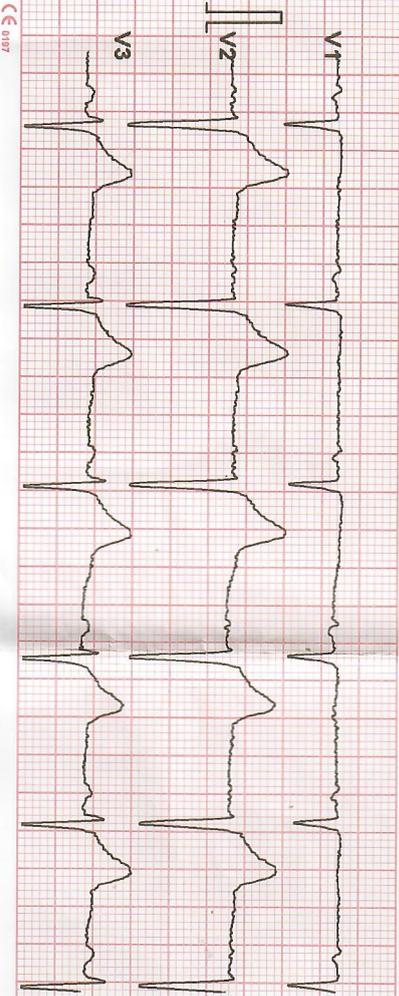
CE 0187

aVR
aVL
aVF

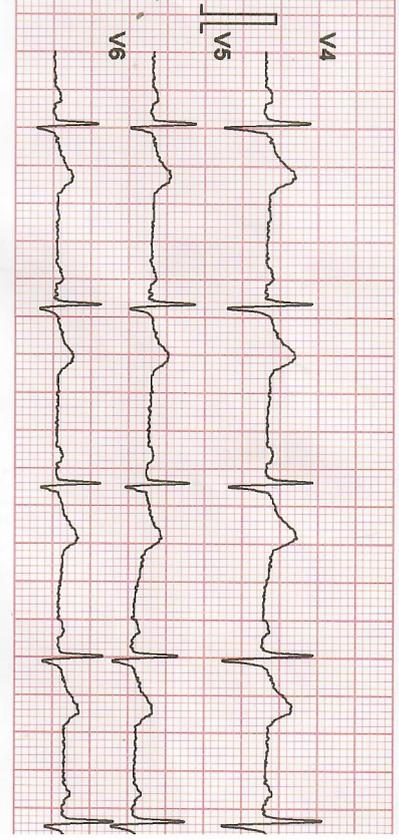




HR = 67



HR = 67



HR = 67

CE 0107

CE 0107

[uV]	P-	P	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs
I	60	-	-	259	-72	-	-	154	-	8	339
II	164	-	-	297	-341	-	-	299	-	22	771
III	149	-	-287	-	-	-	-	151	-	8	422
aVR	-	-103	-273	202	-	-	-	8	-225	-14	-556
aVL	-	-67	-	143	-	-	-	223	-20	2	-26
aVF	153	-	-	163	-306	-	-	8	-	13	615
V1	45	-54	-676	-	-	-	-	223	-	48	73
V2	-	-	-	53	-1310	-	-	695	-	156	1708
V3	97	-	-	240	-946	-	-	606	-	99	1721
V4	88	-	-	682	-548	-	-	407	-	47	1053
V5	84	-	-	614	-291	-	-	270	-	16	692
V6	83	-	-	606	-239	-	-	245	-	7	618

SF RR 66 1/min
P QRS 94 ms
PQ 108 ms
QT 162 ms
QTc 396 ms
axis P 413 ms
axis QRS 76°
axis T -59°
axis T 57°

Dr Patrick CORREA
Medicine Aéronautique
S.M.M.E.D. 004
DGAC N°3857 - FAA-00773
DEVIATION AXE GAUCHE MARQUE
HEMIBLOC ANTERIEUR GAUCHE
ECG ANORMAL
RYTHME SINUSAL

Fern Val

RAS