

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : <b>AUTRICHE</b>	(13) N° référence: <b>AT-FCL-24546</b>	(2) Certificat médical sollicité: <b>Classe 1</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Classe 2</b> <input type="checkbox"/> <b>LAPL</b> <input type="checkbox"/> <b>PNC/CCA</b> <input type="checkbox"/>
(3) Nom : <b>GNAMY</b>	(4) Nom de naissance <b>GNAMY</b>	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : <b>EMMANUEL</b>	(6) Date de naissance <b>22/09/1979</b>	(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(8) Lieu et pays de naissance : <b>DAKAR - SENEGAL</b>	(9) Nationalité : <b>SENEGALAISE</b>	(14) Type de licence désirée : <b>ATPL</b>
(10) Adresse permanente : <b>ZAC NDAO - CITE SIS N° 129 SENEGAL</b>	(11) Adresse postale : (si différente)	(15) Profession (principale) : <b>PILOTE</b>
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéroté de licence Pays de délivrance <b>ATPL AT FCL 24546 AUTRICHE</b>	(17) Dernier examen médical : Date : <b>13-09-2021</b> Lieu : <b>DAKAR</b>	(16) Employeur : <b>SAM AIRWAYS</b>
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	(21) Nombre total d'heures de vol : <b>7300</b>
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>410</b>	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : <b>FALCON 8X</b>
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités	(25) Type de vol envisagé : <b>COMMERCIAL</b>	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : <b>DEC-2013</b> Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

**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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>												
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
									(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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 licences peut me retirer tout certificat médical d j accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT   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 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 DONNÉES 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **05/09/2022** Signature du demandeur :  Signature du médecin évaluateur: 

Dr Patrick CORREA  
Médecin Aeronautique  
MD/004/ANACS/07A/08  
DGAC N° 3857 - FRA-00773

# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **G N A N Y** Prénoms : **Emmanuel** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **02-09-1979**  
 Lieu de naissance : **Taban.**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>180</b> cm	(203) Poids <b>67</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Black</b>	(205) Cheveux couleur <b>Black</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>114</b> Diastolique <b>75</b>		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>57</b> 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

**ODS Fellcom 8x. 43 years old. Amed. 2 child.**

**Taban = 0  
Arl = 0  
Sport +  
Mdt = 0.**

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

Œil droit sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<b>10</b>	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire**

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près**

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

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

Tables pseudo-isochromatiques **20** Type I S H I H A R A **0**

Nombre de tables présentées Nombre d'erreurs

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

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

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

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

**Rapports annexés**

	Non réalisé	Date	normal		anormal	
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>05-09-02</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	<b>05-09-19</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<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 : **Fct.** Nom : **Patrick CORREA**  
 Signature : **Dr Patrick CORREA**  
**Medecine Aéronautique**  
**MD/004/ANACS/DTA/08**  
**DGAC N°3857 - 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 :

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

(248) **Commentaires, limitations :**

**Fct class 1 -> 06-10-2019**

(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 : **05-09-2019**  
 et lieu : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**  
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **Dr Patrick CORREA**  
 Fax :  
 E-mail :  
 Téléphone :  
 Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**  
**Medecine Aéronautique**  
**MD/004/ANACS/DTA/08**  
**DGAC N°3857 - FAA-00773**  
 Numéro d'AME :  
 Réf. Rapport examen médical 03.09.2019