

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

NOM : **LARSSON** Prénoms : **CHRISTIAN** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **09/08/1965**
 Lieu de naissance : **09 08 1965**

| | | | | | | | |
|--|--------------|-------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------|--------|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille | (203) Poids | (204) Yeux couleur | (205) Cheveux couleur | (206) Tension artérielle (assis) mmHG | (207) Pouls au repos | |
| | 188 cm | 96 kg | B | Blanc | Systolique 110 Diastolique 70 | Pulsations/min | Rythme |

Examen clinique : Cochez chaque item

| | normal | anormal | | normal | anormal |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (209) Bouche, gorge, dents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (210) Nez, sinus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (220) système génito-urinaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (221) Système endocrinien, thyroïde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (213) Yeux – pupilles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (224) Neurologie- réflexes etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (215) Poumons, thorax, seins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (225) Psychiatrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (216) Cœur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (217) Système vasculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (227) Etat général | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (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 | 10 | Corrigée à | | | |
| Œil gauche sans correction | 10 | Corrigée à | | | |
| Vision binoculaire, sans correction | 10 | Corrigée à | | | |

(230) Intermédiaire N14 lue à 100cm

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

(231) de près N5 lue à 30 - 50cm

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

Réfraction éventuelle OD OG

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

(si 241 pas fait)

| | | |
|--|---|---|
| Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné à 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 | 5000 |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Oreille droite | 25 | 20 | 10 | 15 | 15 | 15 |
| Oreille gauche | 25 | 10 | 10 | 20 | 20 | 20 |

(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 <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> | Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> |

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

Rapports annexés

| | Date | normal | anormal |
|-------------------------------|----------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| (238) ECG | 29-04-19 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme | 29-04-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (240) Examen Ophtalmologique | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (241) Examen ORL | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (242) RX Thorax | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (243) Lipides sanguins | 29-04-19 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (244) Fonction respiratoire | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (245) Electro-encéphalogramme | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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 <input checked="" type="checkbox"/> INAPTE <input type="checkbox"/> | 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 <input checked="" type="checkbox"/> | CLASSE 2 <input type="checkbox"/> | PNC <input type="checkbox"/> |

(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) Lieu et date : Dakar. 29/04/2019 | Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé CARREI Patrick 3 Av Ambassadeurs Fann. | Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature  |
|--|---|--|

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|------------------------------|
| (1) Pays EASA de délivrance de licence : | (2) Certificat médical sollicité | | | Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | PNC <input type="checkbox"/> |
| (3) Nom : CHRISTIAN | (4) Nom de jeune fille | | (12) | | | |
| (5) Prénoms : LARSSON | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 09 08 1965 | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> | (13) | | | |
| (8) Lieu et pays de naissance : | (9) Nationalité : SWEDEN | | (14) Type de licence désirée : ATPL(H) | | | |
| (10) Adresse permanente : KVARNHOLMOLATAN 8 254 35 HELSINGBORG SWEDEN | (11) Adresse postale : (si différente) | | (15) Profession (principale) : Pilot | | | |
| Pays : N° de téléphone : +46702340833 | (16) Employeur : HELVICONIA | | (17) Dernier examen médical : Date : 24-05-18 Lieu : DR Lindblom / Conala | | | |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s) | | | (19) Conditions, limitations, dérogations : | | | |
| types | | | Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails : | | | |
| Numéro de licence | | | | | | |
| Pays de délivrance | | | | | | |
| ATPL H | | | N° FCL 090865-9000 | | | |
| | | | 14/04/2014 | | | |
| (20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? | | | (21) Nombre total d'heures de vol : 9000 | | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 120 | |
| Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____ | | | (23) Types d'avions actuellement utilisés : offshore | | | |
| (24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? | | | (25) Type de vol envisagé : | | | |
| Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____ | | | (26) Activité aérienne actuelle : Pilote seul <input type="checkbox"/> Equipage multi-pilotes <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| (27) Alcool - Consommation journalière moyenne : | | | (28) Faites vous habituellement usage de médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | | | |
| (29) Etes vous fumeur Oui <input type="checkbox"/> Quantité : _____ | | | Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif : | | | |
| Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____ | | | | | | |

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

(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 :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

29/09/19

[Signature]





MEDECINE AERONAUTIQUE ET AEROSPATIALE : EXAMEN MEDICAL REVISIONNEL CLASSE

Cette page est à remplir par le candidat

Ecrire en lettres capitales

Nom : Prénom :
 (Nom de jeune fille) Sexe M F
 Née le : à
 Adresse :
 Email Tel
 Profession / activité ...

ACTIVITE(S)
 Activités aériennes antérieures :
 Heures de vol :

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si Oui : Date : Lieu : Nom du médecin :
 Vous avez été déclaré : APTE INAPTE

| Répondez aux questions suivantes | | OUI | NON | | OUI | NON |
|----------------------------------|---|-----|-----|----|--|-----|
| 1 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? | | | 1 | Troubles cardiaques, hypertension artérielle | |
| 2 | Avez-vous eu un accident sérieux dans le passé ? | | | 2 | Taux de cholestérol élevé | |
| 3 | Avez-vous eu un traumatisme crânien ? | | | 3 | Maladie respiratoire, bronchite | |
| 4 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? | | | 4 | Pneumothorax | |
| 5 | Etes-vous un consommateur habituel de tabac ? | | | 5 | Asthme, allergie | |
| 6 | Prenez-vous actuellement un ou des médicaments ? | | | 6 | Troubles digestifs, gastriques, hernies | |
| 7 | Faites-vous usage de drogues illicites ? | | | 7 | Troubles hépatiques, biliaires | |
| 8 | Consommez-vous de l'alcool de façon importante ? | | | 8 | Diabète, sucre dans les urines | |
| 9 | Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou de lentilles ? | | | 9 | Troubles rénaux, coliques néphrétiques | |
| 10 | Avez-vous été réformé ou exempté du service national ? | | | 10 | Rhumatismes, problèmes vertébraux | |
| | | | | 11 | Maladie thyroïdienne | |
| | | | | 12 | Tumeur ou maladie cancéreuse | |
| | | | | 13 | Œil : choc, maladies, troubles visuels | |
| | | | | 14 | Vertiges, pertes de connaissance | |
| | | | | 15 | Epilepsie, convulsions | |
| | | | | 16 | Migraines | |
| | | | | 17 | Troubles du sommeil | |
| | | | | 18 | Problèmes psychiatriques | |

Rappel : l'état de grossesse entraîne l'aptitude temporaire.
 A son issue, un nouvel examen d'aptitude est obligatoire avant le reprise des vols.

DECLARATION DU CANDIDAT : JE, SOUSSIGNE, DECLARE AVOIR REPONDU DE FACON SINCERE AUX QUESTIONS QUI M'ONT ETE POSEE LORS DU PRESENT EXAMEN ET NE PAS AVOIR CONNAISSANCE DE TROUBLES DE MON ETAT DE SANTE AUTRES QUE CEUX QUE J'AI SIGNALES.
 JE SUIS INFORME QUE CETTE FICHE D'EXAMEN EST ADRESSEE AU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE, DANS LE RESPECT DU SECRET MEDICAL, CONFORMEMENT A L'ARRETE DU 3 OCTOBRE 2006
 TOUTE FAUSSE DECLARATION PRIVERAIT D'EFFET LA DECISION D'APTITUDE

Date et Signature

Annotations du médecin, précisions sur les réponses "Oui" (reporter le numéro de l'item):
 (Si OUI pour 23 et 26, précisez la quantité)

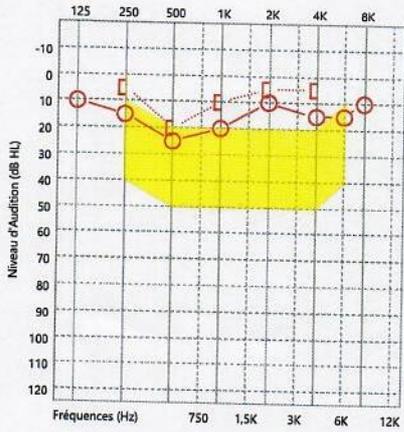
Nom de l'établissement
 Address (line 1)
 Address (line 2)
 Phone
 Email
 City, State, Zip

DR HUSSEIN HAWILI
 CLINIQUE BELLEVUE
 Cap Manuel - Corniche Est
 +221 775602816
 orl.hawili@gmail.com
 Dakar, Sénégal

Nom
 ID patient
 Gender
 Date de naissance
 Age

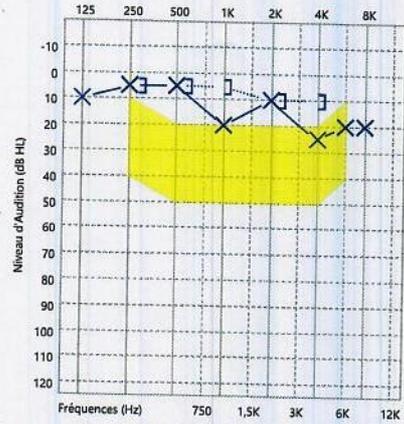
Christian Larsson
 185
 Male
 09/08/1965
 53 years

29/04/2019



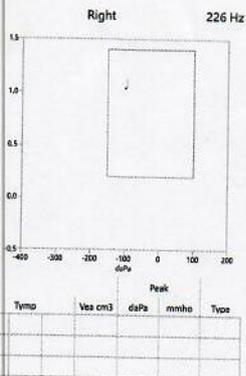
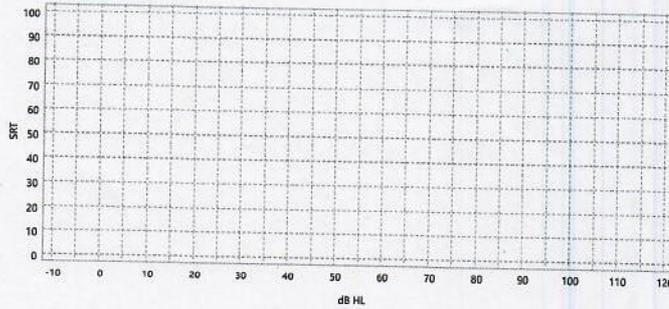
PTA CA PTA CO 10 dB SII 9693109 %

| | dB EM | | | | |
|----|-------|----|----|----|----|
| AC | | | | | |
| BC | 25 | 40 | 30 | 25 | 25 |



PTA CA 15 dB PTA CO SII 9169531 %

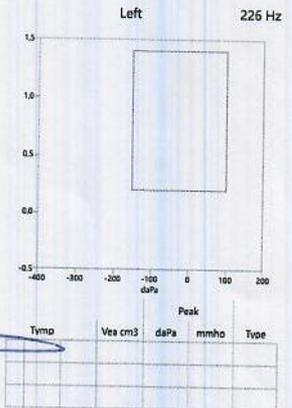
| | dB EM | | | | |
|----|-------|----|----|----|----|
| AC | | | | | |
| BC | 25 | 25 | 25 | 30 | 30 |



ANSI S3.39 and IEC 60645-5

*Audiogramme tonal
 dans les limites de la normale
 pour l'âge.*

Dr Hussein HAWILI
 ORL - Chirurgie Cervico-Faciale
 Clinique BELLEVUE
 Cap Manuel - Corniche Est
 T: 77 560 28 16 - 33 950 79 65 - 33 821 05 86



ANSI S3.39 and IEC 60645-5

| | |
|------|--|
| I | State of issue / Utsstederland: Norway |
| III | Licence Number / Sertifikatnummer: NO.FCL.090865-90000 |
| IV | Last and first name of holder / Innehaverens etter- og fornavn: Larsson, Clas Christian |
| IVa | Date of birth / Fødselsdato: 09.08.1965 |
| XIV | Place of birth / Fødselssted: Högalid, Sweden |
| V | Address / Adresse: Kvarnholmsgatan 8 25435 Helsingborg Sweden |
| VI | Nationality / Nasjonalitet: Swedish |
| VII | Signature of holder/ Innehavers underskrift:  |
| VIII | Issuing competent authority / Utsstedermyndighet: CAA Norway / Luftfartstilsynet |
| X | Date and signature of issuing officer / Dato og utseders underskrift: 02.01.2019  |
| XI | Seal or stamp of competent issuing authority / Stempel:  |

| | | | |
|------|--|--|-------------------------------|
| II | Titles of licences / Type sertifikat: ATPL(H) | Date of initial Issue / 14.04.2014 | Country code / Land: NO |
| IX | Validity / Gyldighet: The privileges of the licence shall be exercised only if the holder has a valid medical certificate for the required privilege. A document containing a photo shall be carried for the purposes of identification of the licence holder. | | |
| XII | Radio-telephony privileges / Radiotelefon rettigheter: The holder of this licence has demonstrated competence to operate R/T equipment on board aircraft in English | | |
| XIII | Remarks / Merknader: English Level 6 validity unlimited | | |

| | |
|--|--|
| XII Ratings, certificates and privileges / Rettigheter, bevis og privilegier Ratings to be revalidated / Rettigheter som må forlenges: | |
| Class / Klasse: Type / Type: AS332IEC225 SP SK92 AS332IEC225 MP A139 MP | Remarks / Restrictions: Merknader / Begrensninger: |
| Instrument / Instrument: IR(H)ME | |
| Instructor / Instruktør: TRI(H) | SK 92 - Restricted AS332IEC225 SP AS332IEC225 MP |
| Examiner / Kontrollant: Attachment: | NO/EK/753 ARA.FCL.205C |

| Abbreviations | |
|---------------|-----------------------------------|
| ATPL | Airline Transport Pilot Licence |
| CPL | Commercial Pilot Licence |
| PPL | Private Pilot Licence |
| LAPL | Light Aircraft Pilot Licence |
| IR | Instrument Rating |
| (A) | Aeroplane |
| (H) | Helicopter |
| SE | Single-engine |
| ME | Multi-engine |
| SPAH | Single-pilot Aeroplane/Helicopter |
| MPAH | Multi-pilot Aeroplane/Helicopter |
| R/T | Radio-telephony |
| CRI | Class Rating Instructor |
| FI | Flight Instructor |
| IRI | Instrument Rating Instructor |
| TRI | Type Rating Instructor |
| MCCI | Multi-Crew Cooperation Instructor |
| SFI | Synthetic Flight Instructor |
| CRCP | Cruise Relier Co-pilot |
| STI | Synthetic Training Instructor |
| CP | Co-pilot |
| MP | Multi-pilot |
| SP | Single-pilot |
| A | Aerobatic |
| ST | Sailplane Towing |
| BT | Banner Towing |



Swedish Transport Agency

EUROPEAN UNION

CLASS / KLASS 1 / 2 /

MEDICAL CERTIFICATE

Pertaining to a Part-FCL licence

MEDICINSKT INTYG

For Del-FCL Certifikat

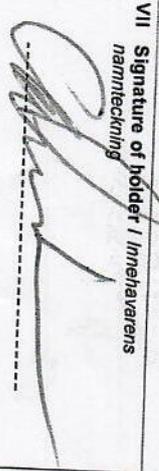
Issued in accordance with Part-MED

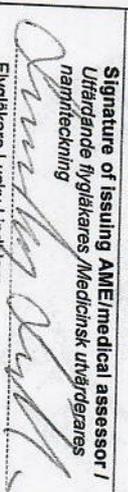
Utfärdat i enlighet med Del-MED

This medical certificate complies with ICAO standards, except for the LAPL medical certificate.

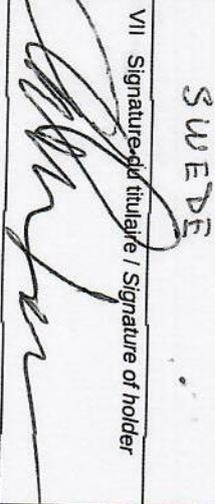
Detta medicinska intyg överensstämmer med ICAO standard, utom för det medicinska intyget för LAPL

EASA Form 1-7 Issue 1

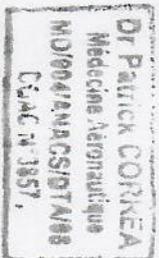
| | |
|-----|---|
| I | Authority that issued or is to issue the pilot licence / Myndighet som utfärdat eller kommer att utfärda flygcertifikatet Norway |
| III | Certificate number / Intygets nummer NO.FCL.090865-90000 |
| IV | Last and first name of holder / Innehavarens efter- och förnamn Larsson, Christian |
| XI | Date of birth (dd/mm/yyyy) / Födelsedatum (dd/mm/åååå) 09/08/1965 |
| VI | Nationality / Nationalitet Swedish |
| VII | Signature of holder / Innehavarens namnteckning  |

| | |
|-----|---|
| XII | Limitations / Begränsningar Code Description / Kod Beskrivning |
| X | Date of issue (dd/mm/yyyy) / Utfärdandedatum (dd/mm/åååå) 24/05/2018 Signature of issuing AME/medical assessor / Utfärdande flyglikarens / Medicinsk utvärderares namnteckning  |
| XI | Stamp / Stämpel SE/AME 22-AMEID-221 LUCKY LINDBLOM Swedish Transport Agency |

| | | | |
|----|---|--------------|------------|
| IX | Expiry date of this certificate / Sista giltighetsdag för detta intyg | | |
| | Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers (dd/mm/yyyy) / Klass 1 kommersiell engelskvarersameriet med passagerare (dd/mm/åååå) | 30/11/2018 | |
| IX | Class 1 (dd/mm/yyyy) / Klass 1 (dd/mm/åååå) | 30/05/2019 | |
| | Class 2 (dd/mm/yyyy) / Klass 2 (dd/mm/åååå) | 30/05/2019 | |
| IX | LAPL (dd/mm/yyyy) / LAPL (dd/mm/åååå) | 30/05/2020 | |
| | Examination date (dd/mm/yyyy) / Undersökningsdatum (dd/mm/åååå) | 24/05/2018 | |
| IX | Date of/ datum | Last senaste | Next nästa |
| | Medical examination / Allmänundersökning | 24/05/2018 | 30/05/2019 |
| IX | ECG / EKG | 24/05/2018 | 30/05/2019 |
| | Audiogram / | 30/05/2017 | 30/05/2019 |
| IX | Extended ophthalmological exam / Utökad ögonundersökning | 13/06/2003 | |

| | |
|-----|---|
| I | Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence NORVEGE |
| III | Numéro de certificat / Certificate number NO FEL 090865.90000 |
| IV | Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder LARSSON, Christof |
| XIV | Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 09-08-1965 |
| VI | Nationalité / Nationality SUEDE |
| VII | Signature du titulaire / Signature of holder  |

| | |
|----|--|
| II | Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate |
| IX | Date d'expiration du certificat médical pour (JJMM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 29 OCT 2019 |
| | Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers |
| | Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations |
| | Classe 2 / Class 2 |
| | LAPL / LAPL |
| | 30 MAY 2020 |
| | 30 MAY 2021 |

| | |
|------|---|
| XIII | Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description |
| X | Date de délivrance / Date of issue 29 APR 2019 |
| | Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor  |
| XI | Cachet / Stamp  |

| | |
|--|--|
| | Date de l'examen médical / Date of medical examination 29 APR 2019 |
| | Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 29 APR 2019 |
| | Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 29 APR 2019 |

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 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: d0429221 Prélèvement du: 29.04.2019

Patient né le 09.08.1965 - 53 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

Monsieur **LARSSON Christian**

Prescrit par : Dr CORREA Patrick

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX) Valeurs de référence Antériorités

NUMERATION GLOBULAIRE

| | | | |
|----------------------------|---|-------------------------------|-----------------|
| Globules rouges | = | 4,59 Millions/mm ³ | (4,20-5,70) |
| Hémoglobine | = | 14,1 g/100ml | (14,0-17,0) |
| Hématocrite | = | 41,8 % | (40,0-52,0) |
| Volume globulaire (V.G.M.) | = | 91 μ ³ | (80-95) |
| Charge (T.G.M.H.) | = | 31 pg | (28-32) |
| Concentration (C.C.M.H.) | = | 34 % | (30-35) |
| Plaquettes | = | 216.000 /mm ³ | (150000-450000) |
| Volume plaquettaire moyen | = | 7,8 fl | (6,5-11,0) |
| Globules blancs | = | 6.300 /mm ³ | (4000-10000) |

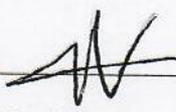
FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | |
|-----------------------------|---|-------------|-----------------------|-------------|
| Polynucléaires neutrophiles | = | 53,4 % soit | 3364 /mm ³ | (2000-7000) |
| Polynucléaires éosinophiles | = | 2,3 % soit | 145 /mm ³ | (100-400) |
| Polynucléaires basophiles | = | 0,7 % soit | 44 /mm ³ | (0-150) |
| Lymphocytes | = | 38,5 % soit | 2426 /mm ³ | (1500-4000) |
| Monocytes | = | 5,1 % soit | 321 /mm ³ | (200-800) |

BIOCHIMIE

Cholestérol total = 1,95 g/l Valeurs de référence Antériorités
(Lisa200/Hycel) 5,05 mmol/l (1,55-2,55)

☞ Consensus ARCOL (adultes) : souhaitable < 2,20 g/l
limite 2,20-2,40 g/l
élevé > 2,40 g/l


Dr K. HOUDROUGE

MEILLEURS SENTIMENTS

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 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 : d0429221 du 29.04.2019 Mr LARSSON Christian né le 09.08.1965 - 53 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

| | | | Valeurs de référence | Antériorités |
|--|---|--------------------------------|----------------------|--------------|
| Cholestérol H.D.L. (Lisa200/Hycel) | = | 0,40 g/l 1,04 mmol/l | (0,58-0,94) | |
| Rapport Chol. Total/H.D.L. | = | 4,88 | (inf. à 4,90) | |
| Cholestérol V.L.D.L. (calculé) | = | 0,39 g/l 1,02 mmol/l | (inf. à 0,28) | |
| Cholestérol L.D.L. (calculé) (Formule de Friedewald) | = | 1,16 g/l 2,99 mmol/l | (0,90-1,58) | |
| 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 | | | | |
| Triglycérides (Lisa200/Hycel) | = | 1,97 g/l 2,23 mmol/l | (0,35-1,75) | |
| ✍ Résultat contrôlé | | | | |
| Glycémie à jeun (Lisa200/Hycel) | = | 0,96 g/l 5,3 mmol/l | (0,70-1,10) | |
| Créatinine (Jaffé Lisa200/Hycel) | = | 11,5 mg/l 102 µmol/l | (7,0-13,0) | |

La clairance de la créatinine calculée selon la formule MDRD peut être estimée pour ce patient à = 70,0 ml/min (60,0-120,0)

La formule de la clairance calculée n'est pas adaptée pour des personnes de plus de 75 ans et/ou en cas d'obésité ou d'anorexie.

CONCLUSION

Recommandations pour la pratique clinique : Association Société de néphrologie

DFG ≥ 90 : Pas d'insuffisance rénale
DFG 60 à 89 : Insuffisance rénale légère

Dr K. HOUDROUGE

MEILLEURS SENTIMENTS

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 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 : d0429221 du 29.04.2019 Mr LARSSON Christian né le 09.08.1965 - 53 ans Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

| | Valeurs de référence | Antériorités |
|---|----------------------|--------------|
| DFG 30 à 59 : Insuffisance rénale chronique modérée | | |
| DFG 15 à 29 : Insuffisance rénale chronique sévère | | |
| DFG < 15 : Insuffisance rénale chronique terminale | | |

ENZYMOLOGIE

| | | Valeurs de référence | Antériorités |
|--------------------------------------|---|----------------------|--------------|
| Transaminase SGOT (Lisa200/Hycel) | = | 31 UI/l (10-40) | |
| Transaminase SGPT (Lisa200/Hycel) | = | 34 UI/l (10-45) | |
| Gamma-G.T. (Lisa200/Hycel) | = | 28 UI/l (10-45) | |

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

MARQUEURS

| | | Valeurs de référence | Antériorités |
|---|---|-----------------------------|--------------|
| Antigène prostatique spécifique (ELFA-Vidas) | = | 0,99 ng/ml (inf. à 4,00) | |

✍ Pour un taux de PSA compris entre 4 et 10 ng/ml, il est recommandé de doser le PSA libre

Dr K. HOUDROUGE

MEILLEURS SENTIMENTS

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 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 : d0429221 du 29.04.2019 Mr LARSSON Christian né le 09.08.1965 - 53 ans

Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

| | Valeurs de référence | Antériorités |
|---|----------------------|--------------|
| DFG 30 à 59 : Insuffisance rénale chronique modérée | | |
| DFG 15 à 29 : Insuffisance rénale chronique sévère | | |
| DFG < 15 : Insuffisance rénale chronique terminale | | |

ENZYMOLOGIE

| | | Valeurs de référence | Antériorités |
|--------------------------------------|---|----------------------|--------------|
| Transaminase SGOT (Lisa200/Hycel) | = | 31 UI/l (10-40) | |
| Transaminase SGPT (Lisa200/Hycel) | = | 34 UI/l (10-45) | |
| Gamma-G.T. (Lisa200/Hycel) | = | 28 UI/l (10-45) | |

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

MARQUEURS

| | | Valeurs de référence | Antériorités |
|---------------------------------|---|----------------------------|--------------|
| Antigène prostatique spécifique | = | 0,99 ng/ml (inf à 4,00) | |