FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence :	
(3) Nom : SALCH		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : Hossene Zyad		(4) Nom de naissance :	(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : Dakar / SENEGAL		(6) Date de naissance : 24/03/1984	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(10) Adresse permanente : Pays : SENEGAL N° de téléphone : 773918858 Courriel : hussalah2403@yahoofr		(9) Nationalité : SENEGALISE	(14) Type de licence désirée : ATPL
(18) Licence(s) de vol possédée(s) :		(11) Adresse postale : (si différente) :	(15) Profession (principale) : Piote
types : ATPL Numéro de licence : FRA.FCL.AA0935(S) Pays de délivrance : FRANCE		(17) Dernier examen médical : Date : 06/11/2015 Lieu : Dakar	(16) Employeur : ASKY
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☒ Oui ☐ détails :	
Détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : 9800	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : _____ Lieu : _____		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 400	
Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : Boeing 737	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités :		(25) Type de vol envisagé :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☒ Date de l'arrêt : AOÛT 2017		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☒	
Oui ☐ type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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	
	☐	☒	☐	☒		☐	☒	☐	☒		☐	☒	☐	☒
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒	Antécédents familiaux					
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐	☒	(170) Affection cardiaque	☐	☒	(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒	(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒	(173) Epilepsie	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒	(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒	(175) Diabète	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒	(176) Tuberculose	☐	☒	(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒	(178) Maladie héréditaire	☐	☒	(179) Glaucome	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐	☒	A remplir uniquement pour les femmes					
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒	(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐	(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒						
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒						
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒						
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒						

(30) Remarques :

(11) Déclaration : Le candidat déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui lui ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de son état de santé autres que ceux qui y sont signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou refus de l'autorité de licence pour que celui-ci soit autorisé à exercer la profession de pilote, je serai tenu de fournir un nouveau certificat médical sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

(12) Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARAFMD 130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de toute autorité compétente dans mon pays et dans les autres pays membres de l'Union Européenne.

Date : **10/02/2021** Signature du demandeur : **Salch** Signature du médecin : **Pr. P. CORRE**

MDIA ANACSI DTA/08
DGAC N° 1557 - FAA 00721

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : SAICH		Prénoms : Housseine Ziyed		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 24/08/1984		Lieu de naissance : Dakar	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 84 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 110 Diastolique : 60	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) : 48 Rythme : ☒ régulier ☐ irrégulier	

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

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

CDT. 737. 36 ans. Asth. -
 Marié 4 enfants, épouse en état de grossesse = RAS. Plainte = 0
 Tabac = 0 Alc = 0 = Sport ok. III = 0. 226. Tabac usage

(229) Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (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) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

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 ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

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 ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

SpO2: 110 mg/dl

(248) Commentaires, limitations :

Apte classe 1 → 10-09-2022.

(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 : et lieu : 10-09-2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature Numéro d'AME :
---	--	---