Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac

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:

(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐

(3) Nom : PLEKHOFF

(4) Nom de naissance

(12) Genre sollicité ☐ initial ☒ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : YOURI

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 03/04/1988

(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐

(14) Type de licence désirée :

(15) Profession (principale) : PILOTE HELICOPTERE

(8) Lieu et pays de naissance : REIMS - FR

(9) Nationalité : FRANCAISE

(16) Employeur : HELICONIA

(10) Adresse permanente :
LE MOULIN DE L'ETANG
51700 CHATILLON SUR MARNE
Pays : FRANCE
N° de téléphone : +33673177810
Courriel : youri.plekhoff@live.fr

(11) Adresse postale : (si différente)
Pays :
N° de téléphone :

(17) Dernier examen médical :
Date : 18/01/2022
Lieu : DAKAR - SÉNÉGAL

(19) Conditions, limitations du certificat médical:
Non ☒ Oui ☐ détails :
PORT DE LUNETTE

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance
ATPL (H)	00313500	FRANCE

(21) Nombre total d'heures de vol : 2650

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 150

(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:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :
AW 139

(25) Type de vol envisagé : OFFSHORE / SAR

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐

(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐
Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:

(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☒ consommation journalière 1 unités

(29) Consommez vous du tabac ?
Non jamais ☐ Non actuellement ☒ Date de l'arrêt : fin 2017/18
Oui ☐ type et quantité :

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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☒	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒
(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒
(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☒
(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒
(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒
(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒
(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒
(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒
(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒
(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒
(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒
(124) Test VIH positif	☐	☒
(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
(129) Hospitalisation	☐	☒
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒

Antécédents familiaux	Oui	Non
(170) Affection cardiaque	☐	☒
(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(173) Epilepsie	☐	☒
(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
(175) Diabète	☐	☒
(176) Tuberculose	☐	☒
(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(178) Maladie héréditaire	☐	☒
(179) Glaucome	☐	☒

A remplir uniquement pour les femmes	Oui	Non
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☐
(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☐

(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. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 aéro 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 DONNEES 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 États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 06/12/2022

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 FAA-09773

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM :	Prénoms :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): Lieu de naissance :

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique	Diastolique	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm)	Rythme
☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	180 cm	78 kg	Vert	Brun.	135	81	58	☒ 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, 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) 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

OPL. Avec 135. Heliconia. 34 ans. Séparé 1 enft.

Tabac = 0 ℓ. Alc = occ ℓ. ΠΙ = 0 Sport = 2x/sem.

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

(229) (de loin à (5m/6m en **dixième**)

			Lunettes/Contact
Œil droit sans correction		Corrigée à	10
Œil gauche sans correction		Corrigée à	10
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	10

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

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

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) **Lunettes**		(233) **Lentilles de contact**	
Oui ☒	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

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

Tables pseudo-isochromatiques 20	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs 1

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

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	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)	13,4 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☒ Anormal ☐

Glyc = 1,12g/ℓ.

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres
0	0	0	

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	06-12-22	☒	☐
(239) Audiogramme	☐		☐	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐		☐	☐
(241) Examen ORL	☐		☐	☐
(242) Lipides sanguins	☐		☐	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

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

Avis : Apte	Nom : Signature : Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 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 :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	☒	☒	☒	☐

(248) **Commentaires, limitations :**

VDL.

Apte classe 1 → 18-01-2024

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigne 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: 06-12-2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL Fax: Telephone: E-mail:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME: Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

dgac

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate

CLASSE 1 / 2 / LAPL
CLASS 1 / 2 / LAPL

European Union medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / *Authority that issued or is to issue the pilot licence*	
III Numéro de certificat / *Certificate number*	AP2(H) 0031350
IV Nom et prénom du titulaire / *Last and first name of holder*	YOURI PLEKHOFF
XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / *Date of birth (DD/MM/YYYY)*	03/04/1988
VI Nationalité / *Nationality*	FRANCAISE
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 (JJ/MM/AAAA) / *Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)*	
Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / *Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers*	18 JAN. 2024
Classe 1, autres exploitations commerciales / *Class 1 other commercial operations*	18 JAN. 2024
Classe 2 / *Class 2*	06 DEC. 2027
LAPL / *LAPL*	

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils :
1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité ;
2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question ;
3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.

b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard indu, un avis aéromédical :
1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
5) en cas de grossesse ;
6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale ;
7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.

MED.A.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they :
1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges ;
2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence ;
3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they :
1) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
2) have commenced the regular use of any medication;
3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
5) are pregnant ;
6) have been admitted to hospital or medical clinic ;
7) first require correcting lenses.

XIII Limitations / *Limitations* Code - Description / *Code - Description*	VDL
X Date de délivrance / *Date of issue*	06 DEC. 2022
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / *Signature of issuing AME or medical assessor*	
XI Cachet / *Stamp*	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°9857 - FAA-0773

Date de l'examen médical / *Date of medical examination*	06 DEC. 2022
Date du dernier électrocardiogramme / *Date of last electrocardiogram*	06 DEC. 2022
Date du dernier audiogramme / *Date of last audiogram*	18 JAN. 2022