

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : IRELAND		(13) N° référence: IE-FCL-281836	
(3) Nom : STEPHENSON		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : NEILL ROBERT		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 05/10/1961		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : ATPL
(8) Lieu et pays de naissance : GISBORNE, NEW ZEALAND		(9) Nationalité : NEW ZEALAND	(15) Profession (principale) : PILOT
(10) Adresse permanente : 10 WASHIER PL TE PUKE 3119 Pays : NEW ZEALAND N° de téléphone : +64 274802459 Courriel : neillstephenson@gmail.com		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur : HELICONIA AERO LTD
(18) Licence(s) de vol possédé(e)s		(17) Dernier examen médical : Date : 19/9/23 Lieu : DR CORREA, SENEGAL	
types Numéros de licence Pays de délivrance		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : VN1	
ATPL IE-FCL-281836 IRELAND		(21) Nombre total d'heures de vol : 7788	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 34
(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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Date : 19/01/2016 Lieu : BRUNET Détails : POST SURGERY (TENDON) 3 MONTHS		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : AW139	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Détails :		(25) Type de vol envisagé : COMMERCIAL	
(27) Consommez-vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> consommation journalière 3 unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	
(29) Consommez-vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : 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 ?

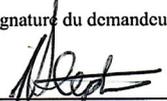
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Déterminez dans la rubrique « (30) remarques »

	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"/>	Antécédents familiaux		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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
(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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(30) Remarques : 102, 104, 128, 129, 170, 171, 172, 175 - PREVIOUSLY REPORTED NO CHANGE 130 - POST TRAVEL CHECK UP											

(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 A 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 participants dans le but d'obtenir une évaluation médico légitime 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 assureurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **04/03/2024** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 

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

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **STEPHENSON** Prénoms : **NEILL ROBERT** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **05/10/1961**
Lieu de naissance : **AISBORNE NEW ZEALAND**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 92 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 59 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"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" 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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Captain Helicopter Helicoma AUL39. 62 ans. Yeux. Diverge. 3 chdd.
III=0. Symptôme = 6. Act = cell. Spat. usag.

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	

(230) **Vision Intermédiaire** sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

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

(232) **Lunettes** Oui Non (233) **Lentilles de contact** Oui Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

Œil droit				
Œil gauche				

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

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	04-05-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	04-05-24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?) :	<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 : **Fit.** Nom : _____
Signature : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
UGAC N°3857 - FAA-00773

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

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(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'examinateur	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						

(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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	Hb (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	14,6 (g/dl)

Cf = 9,98

(248) **Commentaires, limitations :**
UNL.
Fit. classe 1 -> 04-10-2024

(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 : **04-03-2024** et lieu : _____
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 : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
UGAC N°3857 - FAA-00773
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

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

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

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

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

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



I Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

II Numéro de certificat / Certificate number

III Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

IV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

V Nationalité / Nationality

VI 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 monopoliste 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

MED.A.020 Diminution médicale

a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de licence et des certificats s'ils :

- 1) ne connaissent pas les conditions d'exercice de ces privilèges en toute sécurité ;
- 2) ne sont pas au courant des médicaments prescrits et de leur utilisation ;
- 3) ne sont pas au courant de leur état de santé et de leur capacité à exercer en toute sécurité ;
- 4) ont subi une opération chirurgicale susceptible d'influer sur la sécurité des vols ;
- 5) ont subi une blessure importante ;
- 6) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 7) ont souffert d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 8) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 9) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 10) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 11) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 12) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 13) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 14) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 15) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 16) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 17) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 18) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 19) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;
- 20) ont subi une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor

XI Cachet / Stamp

MED.A.020 Decrease in medical fitness

a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related certificates at any time when they :

- 1) are aware of any decrease in their medical fitness which may endanger flight safety ;
- 2) are not aware of the conditions of exercise of those privileges ;
- 3) are not aware of the use of any medication which may interfere with flight safety ;
- 4) have undergone a surgical operation or invasive procedure ;
- 5) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 6) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 7) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 8) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 9) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 10) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 11) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 12) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 13) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 14) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 15) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 16) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 17) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 18) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 19) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;
- 20) have suffered a significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew ;

Date de l'examen médical / Date of medical examination

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram

04 MARS 2024

04 MARS 2024

04 MARS 2024

BT_L-08 SD3 DIAG 30.32 F.W.4.75.0000
Aut

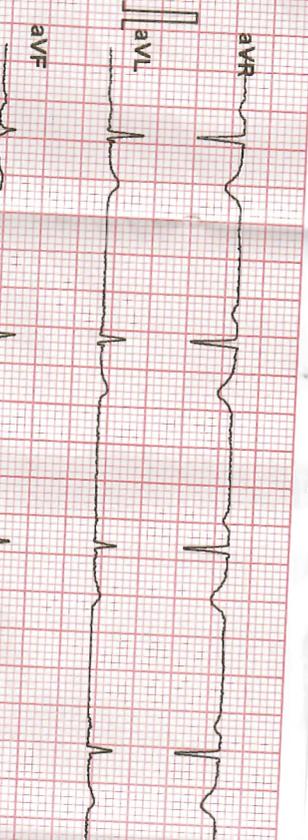
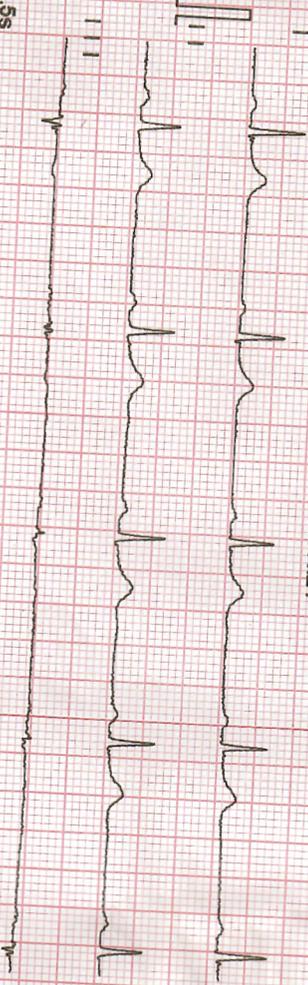
04/03/2024 08:41:21

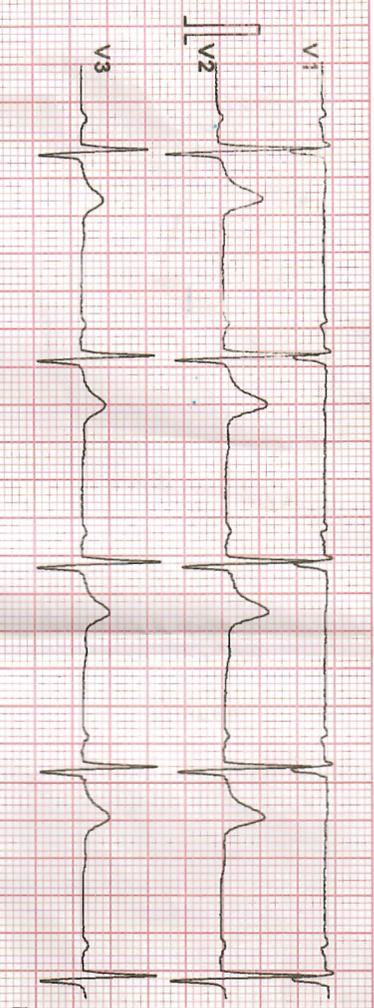
25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s

CE 017

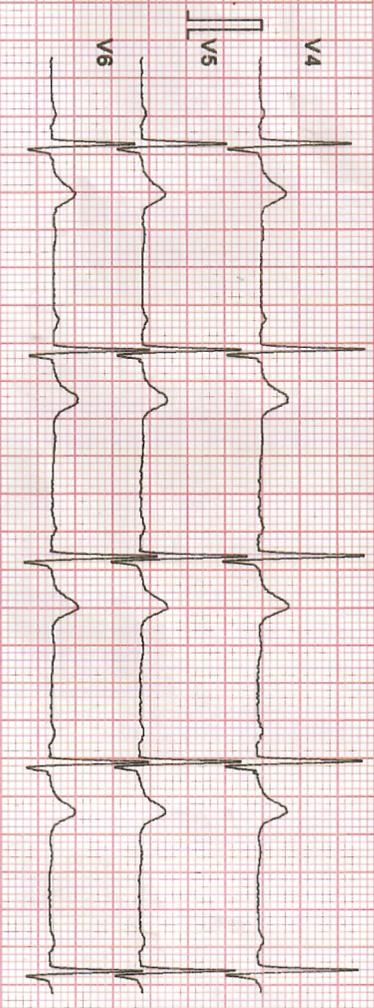
HR = 53

CE 017





HR = 83



III
 aVR
 aVL
 aVF
 V1
 V2
 V3
 V4
 V5
 V6

P.	P.	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs [uV/s]	SF	54 /min
1	-79	-596	369	-33	-	-	117	-	-4	173	RR	1106 ms
2	-	-	238	-429	-	-	94	-	19	102	P	112 ms
3	-	-	102	-679	-	-	34	-	55	962	QRS	168 ms
4	-	-	1289	-578	-	-	335	-	14	647	PQ	386 ms
5	-	-	961	-433	-	-	384	-	0	678	QT	367 ms
6	-	-	1286	-331	-	-	346	-	-8	621	QTc	44°
7	-	-	1251	-307	-	-	338	-	-	626	axis P	21°
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	axis QRS	25°
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	axis T	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ECG DANS DES LIMITES NORMALES
RYTHME SINUSAL

DYKORREIA
Medicine Aeronautique
S.N. N° D-004
DGAC N° 3857 - FAA-00773