



BALDE
MOUHAMADOU
 Né(e) le : 22/06/1998 **30318**
 SENEGAL

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)
 'AGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

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

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 180 cm	(203) Poids 59,2 kg (18,1)	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 140 Diastolique: 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm): 80 Rythme régulier <input checked="" type="checkbox"/> irrégulier <input type="checkbox"/>
--	------------------------	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--	--

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input 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
Cadut. Anc Senegal SA Etudiant Mathématique. 23 ans Personne New
long négatif.
Tabac = 0
Alcool = 0
HT = 0
fant = condui quatio

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	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire
 N14 lu 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 lu 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
 Oui Non
 Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact
 Oui Non
 Type : _____

(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)

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

Audiométrie éventuelle
 Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000
 Oreille droite _____
 Oreille gauche _____

(236) Fonction respiratoire VEMS/CV 95 % Peak Flow (l/min) 15,0 (g/dl)
 Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

(237) Hémoglobine

(235) Analyse d'urine Normale Anormale
 Glucose Protéines Sang Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	20-04-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	20-04-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	20-04-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	20-04-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	20-04-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	20-04-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : 11 D : 15 mmHg	<input type="checkbox"/>	20-04-2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers (Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude
 Avis : *Apte.*
 Nom : **Dr. P. CORREA**
 Signature : _____
 Médecin _____
 CEMA Toulouse

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :

APTÉ 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/GCA

(248) Commentaires, limitations :
Apte classe 1 -> 20/04/2023

(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 : <i>20/04/2023</i> <i>Toulon</i>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : _____ Téléphone : _____ E-mail : _____	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr. JY LAFAILLE Médecin chef Numéro d'AME: _____
---	---	--

RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA	
(3) N° BALDE MOUHAMADOU	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom SENEGAL Né(e) le : 22/06/1998 30318	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(401) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux: Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.		(13) Numéro de référence
Date: 22-06-22	Signature du demandeur: <i>Balde</i>	Signature du médecin examinateur (AME): Dr. P. CORREA Médecin CEMA Toulouse

(402) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents ORL:
---	------------------------

Examen clinique:
Cocher chaque item

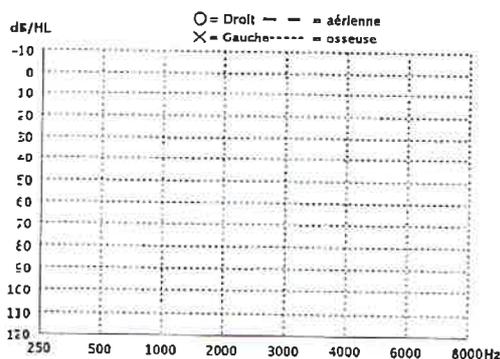
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Élocution	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(410) Sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(411) Conduits auditifs externes, lymphans	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(412) Otoscopie pneumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(-19) Audiométrie tonale

db HL (seuil d'audition)

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	10	10		
500	10	15		
1000	10	15		
2000	10	15		
3000	10	15		
4000	10	15		
6000	10	15		
8000	10	15		

(-20) Audiogramme



Tests supplémentaires (si indiqués)

	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Rhinoscopie postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(421) Remarques et recommandations ORL:

(422) Déclaration du médecin examinateur:
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(423) Lieu et date: Ca-ah-2022	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules): Dr. P. CORREA Médecin CEMA Toulouse	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste: Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte
Signature du médecin examinateur agréé:	E-mail: Téléphone No: Fax No:	



ZODIAC 901 N/S 37874
Casque N/S _____
Date Cal: 21-Oct-2021

Remc U.E.F.05
CEMA TB

Opérateur : _____

Patient: _____

N du Patient: 4

Date: 28-Avr-2022

BALDE

MOUHAMADOU

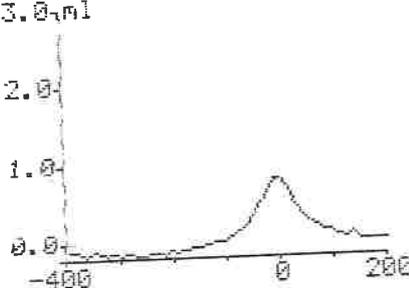
Né(e) le: 22/06/1998 **30318**

SENEGAL

Heure 09:03

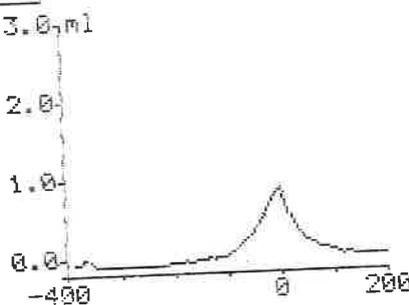
Temp. : FTE-I Gauche

VCA1: 1.20 ml 3.0 ml
VCA2: _____ ml
POM1: -10 daP
POM2: _____ daP 2.0
POMd: _____ daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp. : FTE-I Droite

VCA1: 0.90 ml 3.0 ml
VCA2: _____ ml
POM1: 0 daP
POM2: _____ daP 2.0
POMd: _____ daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE
COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée : <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom usuel BALDE MOUHAMADOU	(4) Nom de naissance
(5) Prénom(s): Né(e) le : 22/06/1998 30318 SENEGAL	(6) Date de naissance: (7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation	
(13) Numéro de référence:	

(301) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux

Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que mon même médecin a accès sécurisé à ces données.

Date:

Signature du demandeur:

Signature du médecin examinateur (AME):

20.06.22

[Signature]

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Dr. Françoise CLERGUÉ
Ophtalmologiste
N° 311057186
CEMA TB - 05

(302) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques:
---	-------------------------------------

Examen clinique:

Contrôler chaque point	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	7 cm	<input checked="" type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

Acuité visuelle le:

(314) Vision à distance (à 5/6m)		Lunettes		Lentilles de contact
Sans correction				
Œil droit	10/10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	10/10	Corrigé à	/10	/10
Vision Binoculaire	10/10	Corrigé à	/10	/10

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)		Lunettes		Lentilles de contact
Sans correction				
Œil droit	/10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	/10	Corrigé à	/10	/10
Vision Binoculaire	/10	Corrigé à	/10	/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)		Lunettes		Lentilles de contact
Sans correction				
Œil droit	/10	Corrigé à	/10	/10
Œil gauche	/10	Corrigé à	/10	/10
Vision Binoculaire	/10	Corrigé à	/10	/10

(317) Réfraction		Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit		+0.25	-0.25	90	
Œil gauche		+0.50	-0.25	115	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)	
À la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo X'4°
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Phorie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectué <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	

(313) Perception des couleurs	TWO: 60" complet
Planches pseudo-isochromatiques	Type: ISHIHARA (24 plaques)
nombre de plaques présentes: 24	Nombre d'erreurs: 0
Test approfondi de perception de couleurs indiqué	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Méthode:	Normal Anormal
Lanterne de Beyne	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Anomaloscope	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

(318) Lunettes	(319) Lentilles de contact
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Type:	Type:
(320) Tension intra-oculaire	
Droit 15 mmHg	Gauche 17 mmHg
Méthode: a.u.	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(322) Déclaration du médecin examinateur:

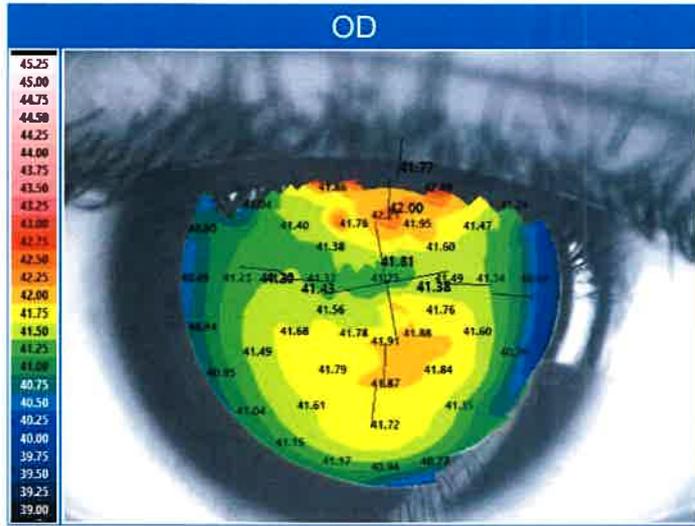
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date: 20.4.22	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste	
<i>[Signature]</i>	Dr Françoise CLERGUÉ Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB - 05	<input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte
	Formail: Telephone No: Fax No:	

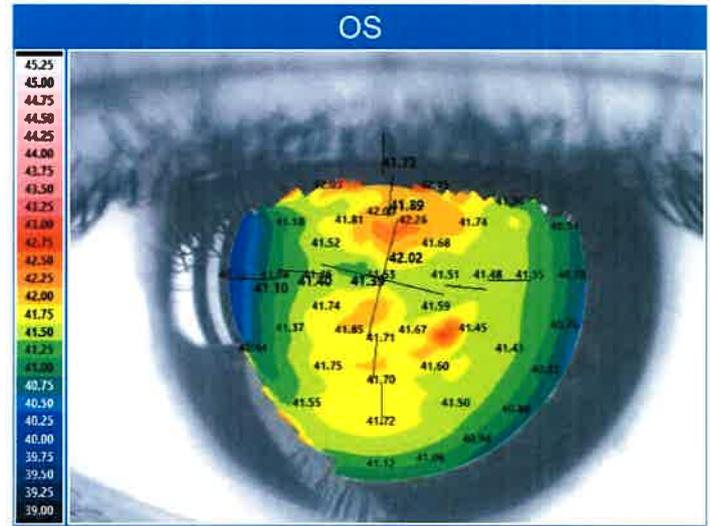
Information Patient

Patient	balde mouhamadou	Sexe	M
Patient ID	30318	Date d'Examen	20/04/2022 07:43:22
Date de Naissance	22/06/1998		

MAPPE



Normalisée - Axiale



Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
41.38 @ 11°	41.43 @ 179°	41.20 @ 174°
41.81 @ 101°	42.00 @ 89°	41.77 @ 84°
-0.42D ax11°	-0.57D ax179°	-0.57D ax174°

3 mm	5 mm	7 mm
41.39 @ 166°	41.40 @ 174°	41.10 @ 180°
42.02 @ 76°	41.89 @ 84°	41.73 @ 90°
-0.63D ax166°	-0.49D ax174°	-0.63D ax180°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.52 mm	Y= 0.90 mm
Diamètre	12.92 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 41.60 D / 3mm: 41.52 D	

Décentration Cornée	X= 0.73 mm	Y= 1.42 mm
Diamètre	12.30 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 41.70 D / 3mm: 41.68 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
42.84 D	0.10 D/mm	-0.58 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
43.40 D	0.06 D/mm	-0.67 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.38 D	SAI = 0.12 D	e = -0.10	41.36 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.43 D	SAI = 0.10 D	e = 0.45	41.60 D

Annotations

Patient: **balde, mouhamadou**

Date de naissance: **22/06/1998**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30318**

Haag-Streit Diagnostics AG

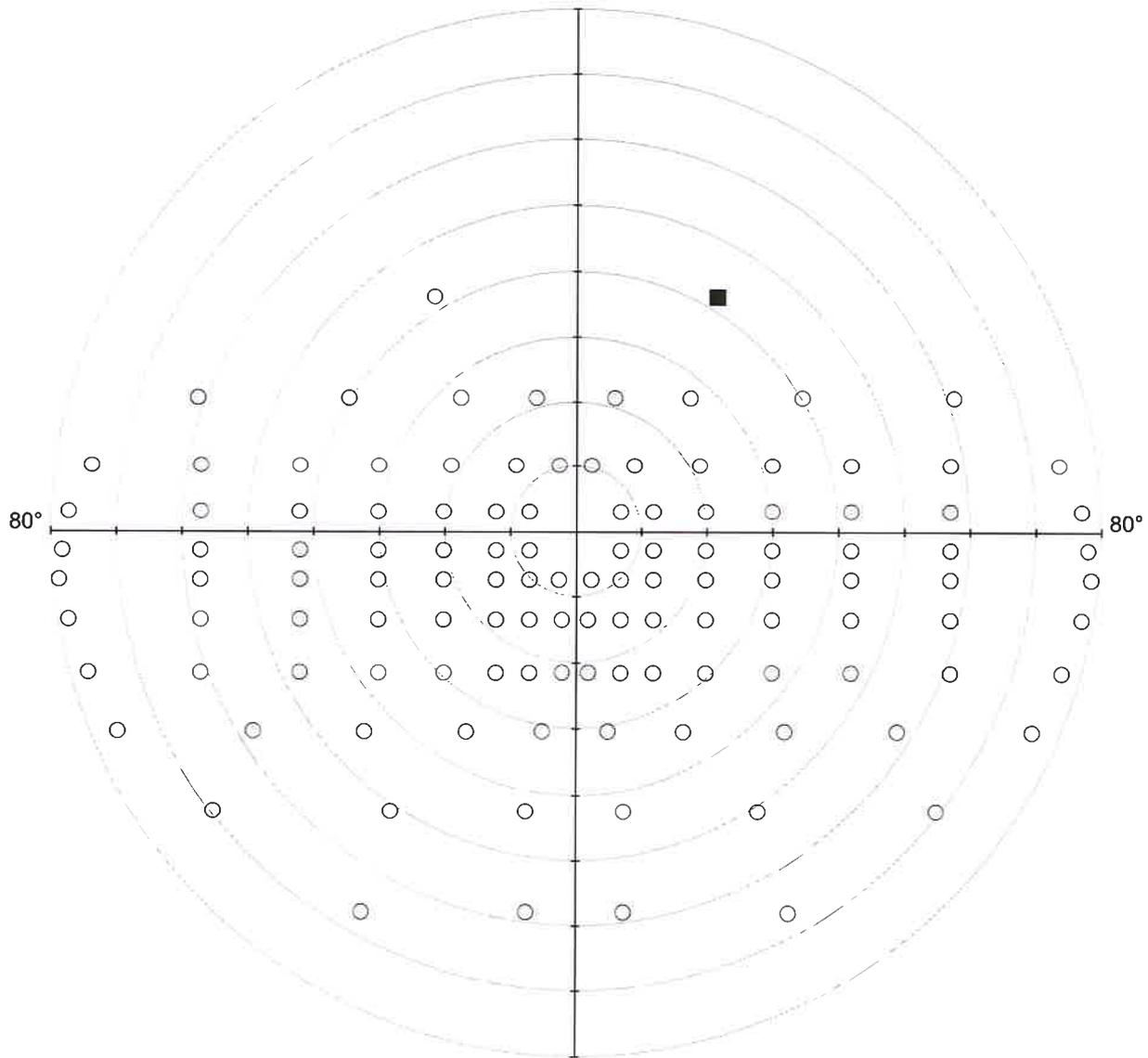
OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation: **Arrêt**
Cible de fixation: **Croix**
Pertes de fixation: **n/a**
Erreurs faux POS: **2/5**
Erreurs faux NÉG: **0/5**
Durée du test: **03:22**

Stimulus: **B/B, III, Blanc**
Fond: **31.4 asb**
Stratégie: **1LT-ET**
Diamètre de la pupille: **Non mesuré**
Acuité visuelle:
Rx:

Date: **20/04/2022**
Heure: **07:14**
Âge: **23**



Score Esterman: **99**

- Point vu: **119/120**
- Point non vu: **1/120**
- △ Tache aveugle

Commentaires

Signature



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

BALDE

MOUHAMADOU

ats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

Né(e) le : 22/06/1998 **30318**
SENEGAL

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance:
Pays de naissance:

NOM :
Prénoms :

ATCD médico-psychologiques connus: sur le plan personnel depuis l'enfance: oui non

commentaires:

sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins): oui non

commentaires:

traitements / psychotropes: passé(s) et actuel(s)?: oui non
psychothérapie ou suivi psychologique en cours? oui non dernière ordonnance?

présentation générale / contact adapté oui non

symptômes cognitifs? oui non

symptômes psychotiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC? **18**

tests sanguins:		NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
aNle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

tests urinaires: cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif négatif cocaïne (seuil > 300 ng/ml) positif négatif autre?:

signes d'appel à l'examen somatique: oui non

évaluation de la motivation aéronautique, du désir de devenir pilote professionnel?:

3 ans tentative projet Aero; seule enfant.

expérience aéronautique (heures de vol) ?

autre / commentaires :

Nom, date et signature du médecin examinateur

Conclusion: - absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...

- ou bien: - renvoi au pôle
- bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)
- CAT à discuter en staff
- autre:

Nom :
date: *20-06-2022*
Signature: **DR. P. CORREA**
Medecin
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dériv

Masculin

ID patient:4

ambul.ID :

N° de salle :

Département :

FC : 78bpm
P : 94ms
FP : 154ms
QRS : 87ms
QT/QTc : 349/400ms
P/QRS/T : 64/75/60deg.
RV5/SV1 : 1.365/1.789mV

Nom infos diagn.:

Arythmie de sinus

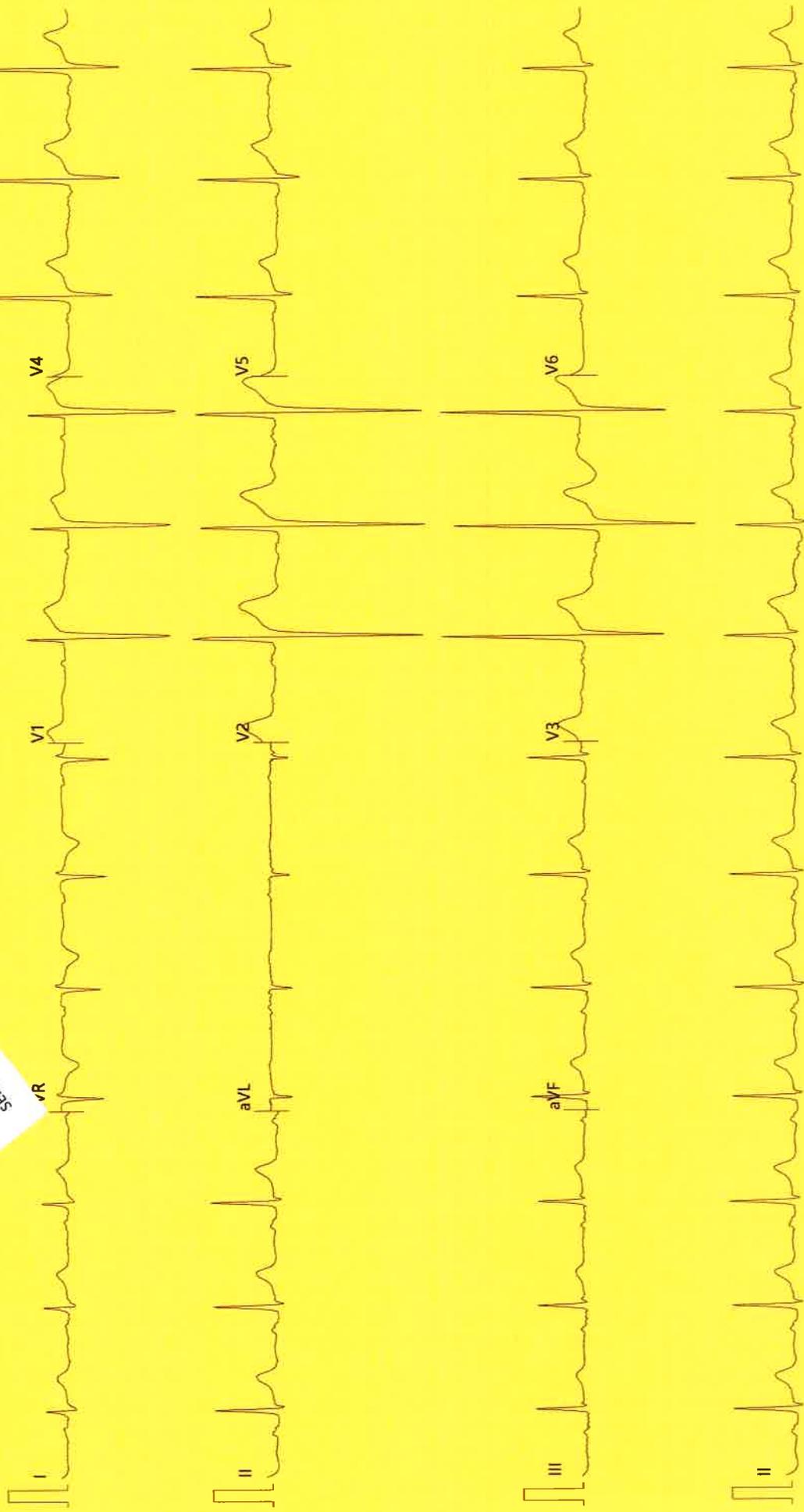
BALE MOUHAMEDOU
N°tel : 2210671998
50318

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Rapp. confirmé par:

10mm/mV

25mm/s





CEMPN - CEMA
AEROPORT DE TOULOUSE BLAGNAC
CS 60030
31701 BLAGNAC CEDEX

Demande : Dr JOURDAN PIERRE
AEROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

Patient : M. BALDE MOUHAMADOU
Né(e) le 22.06.1998

Dossier N° 0121100003 - 00 reçu le 19.04.2022 à 13:25
Prélevé le 20.04.2022 à 08:00
Edité le 20.04.2022 à 09:59

Prélèvement non effectué et non identifié par le laboratoire.

HEMATOLOGIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE

(Principe Coulter et photométrie, Beckman DXH-800)

Globules Blancs	5,5	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	5,13	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	15,0	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	46,6	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	90,8	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,2	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,2	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	12,7	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	23,3 % soit	1,28	G/L	N: 1,50 à 7,50	- ethnique
Eosinophiles	6,8 % soit	0,37	G/L	N: 0,00 à 0,60	
Basophiles	0,8 % soit	0,04	G/L	N: 0,00 à 0,20	
LYMPHOCYTES	55,1 % soit	3,03	G/L	N: 1,10 à 4,40	
MONOCYTES	14,0 % soit	0,77	G/L	N: 0,20 à 0,80	

Anomalies des Globules blancs :
Neutropénie

PLAQUETTES	316,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
(Principe Coulter, Beckman DXH-800)			
Volume plaquettaire moyen	8,5	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. BALDE MOUHAMADOU**

Né(e) le 22.06.1998

Dossier N° 0121100003-00 du 20.04.2022 à 13:25

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE 0,76 g/l N: 0,70 - 1,10
 (Colorimétrie, cobas) soit 4,21 mmol/l N: 3,89 - 6,12

CREATININE 77 µmol/l N: 59 - 104
 (Méthode enzymatique, Cobas) soit 9 mg/l N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **122** ml/min/1,73m²DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine **141** ml/min/1,73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Interprétation
1	> ou = 90	Débit de filtration glomérulaire normal
2	60 - 89	Débit de filtration glomérulaire légèrement diminué
3A	45 - 59	Insuffisance rénale modérée
3B	30 - 44	Insuffisance rénale modérée
4	15 - 29	Insuffisance rénale sévère
5	< 15	Insuffisance rénale terminale

ACIDE URIQUE 49 mg/l N: 34 - 70
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 291,6 µmol/l N: 202,3 - 416,5

Remarque : l'objectif thérapeutique chez un patient goutteux est un taux d'acide urique inférieur à 60 mg/l.

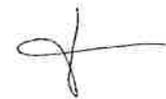
TRIGLYCERIDES 0,78 g/l N: Inf. à 1,98
 (Colorimétrie enzymatique) soit 0,88 mmol/l N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL 1,82 g/l N: 1,00 - 2,20
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 4,71 mmol/l N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O. 17 U/l N: 10 - 50
 (Colorimétrie IFCC, Cobas)

TRANSAMINASE G.P. 11 U/l N: 10 - 50
 (Colorimétrie IFCC, Cobas)

G.G.T 17 U/l N: 8 - 61
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas)



Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. BALDE MOUHAMADOU

Dossier N° 012110000800 du 20.04.2022 à 13:25

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 22.06.1998

Chambre :

transmis par CEMPN - CEMA

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cèdres est accrédité, selon les exigences de la norme NF EN ISO 15189, pour tous les examens de Biologie médicale (telles que définies dans le Code de santé publique) réalisés et indiqués dans le présent Compte-rendu. Accréditation Cofrac examens Médicaux, n°8-1625, liste des sites accrédités et portées disponibles sur ww.cofrac.fr. L'état d'accréditation des examens pouvant être réalisés par les laboratoires sous traitants est indiqué soit par un () lorsque l'examen n'est pas accrédité, soit précisé dans le compte-rendu du sous-traitant joint en annexe."*



** Fin de compte rendu **
Caroline DEVAUX
Biologiste médical

2

DONNEES ADDITIONNELLES
ADDITIONAL INFORMATION

Adresse / Address

DJIDDAH THIAROYE KAO

Taille / Height

180 CM

Teint / Complexion

NOIR

Signes Particuliers / Special Marks

NEANT



3

09054724

OBSERVATIONS



DROITS DE TIMBRE PERÇUS/PAID

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

CLASSE 1 / 2 / 1
CLASSE 2 / 1

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 FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder BALDE MOUHAMADOU
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 22/06/1998 - PIKINE
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
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) 20 / 04 / 2023

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

Classe 2 / Class 2
20 / 04 / 2027

LAPL / LAPL
20 / 04 / 2027

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 20 / 04 / 2022
Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor Dr. Jean-Yves LAFAILLE X Cachet / Stamp 	
Signature du médecin chef / Médecin chef Dr JY. LAFAILLE Fra - A&MC - 05 	

Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 04 / 2022	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/04/2022	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/04/2022	

Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 04 / 2022	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/04/2022	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/04/2022	

Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 04 / 2022	
Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/04/2022	
Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/04/2022	