

PPORT D'EXAMEN MEDICAL

u formulaire pour demande de certificat médical)
GE 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 177 cm (2h, 23)	(203) Poids 77,5 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 110 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 47 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"/>
(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 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.
Candidat Amin Samyuel SA - Etudiant Mathématique 2e ans
Toxine négative
Tabac = 0
Alc = 0
HT = 0
Sport = 0

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 sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	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 sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	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 type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :	Type :	Ajouter	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil gauche			

(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 réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers 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	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV 115%	Peak Flow (l/min)	Hémoglobine (g/dl) 14,5
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
-----------	-------------	--------	--------

Rapports annexés

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	20-04-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	20-04-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	20-04-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	20-04-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	20-04-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	20-04-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : 12 D : 10 mmHg	<input type="checkbox"/>	20-04-22	<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 : Apté

Nom : Dr. P. CORREA
Signature :
Médecin
CEMA Toulouse

(247 bis) 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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :
Apte classe 1 → 20/04/2022

(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 : 20/04/2022 Toul Bly	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Telephone : E-mail :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Jy LAFAILLE Médecin chef : Fra - AeMC - 05 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) Nom us: DEME CHEIKH AHMED HADY	(4) Nom de naissance:
Né(e) le : 18/02/2001 30317	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénoms: SENEGAL	(6) Date de naissance:
	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(13) Numéro de référence	

(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.

Date: *Co-oh-2019* Signature du demandeur: *[Signature]* Signature du médecin examinateur (AME): **DR. P. CORREA**
Medecin
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 d'routine:
Cocher chaque item

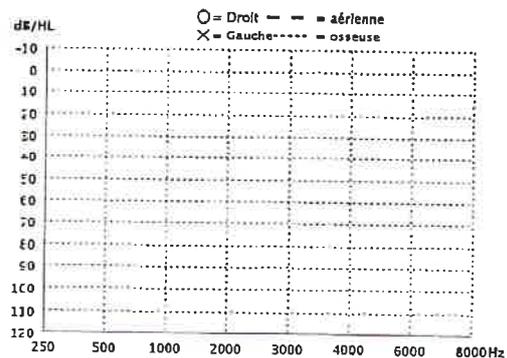
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (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, tympan	<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	10		
1000	10	10		
2000	10	10		
3000	10	10		
4000	10	10		
6000	10	10		
8000	10	10		

(-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) Epreuve calorique différentielle - Epreuve 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: <i>Co-oh-2019</i>	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr. P. CORREA Medecin CEMA Toulouse	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte



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

Remco U.E C DE
CEMA TI

DEME
CHEIKH AHMED HADY
Né(e) le: 18/02/2001 **30317**
SENEGAL

Opérateur: _____

Patient: _____

N du Patient: 7

Date: 20-Avr-2022

Heure 09:56

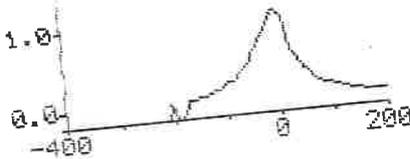
Typ. : FTE-I Gauche

UCA1: 1.35 ml 3.0 ml
UCA2: _____ ml
POM1: 0 daP
POM2: _____ daP
POMd: _____ daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Typ. : FTE-I Droite

UCA1: 1.10 ml 3.0 ml
UCA2: _____ ml
POM1: 0 daP
POM2: _____ daP
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 : DEME CHEIKH AHMED HADY	(4) Nom de naissance :
(5) Prénom(s): Né(e) le : 18/02/2001 30317 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 moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date:

Signature du demandeur:

Signature du médecin examinateur (302):

20-04-2022

[Signature]

Dr P. CORREA

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: <i>conjonctivite ODG depuis naissance</i>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

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	6 cm <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D <input type="checkbox"/>	<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)

Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
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)

Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
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	-0.50	-0.25	15	
Œil gauche	0	-0.25	155	

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	0	Ortho	0
Eso		Eso	
Exo		Exo	
Hyper		Hyper	
Cyclo		Cyclo	
Tropie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Phorie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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

Planches pseudo-isochromatiques Type: ISHARA (24 planches)
nombre de planches présentées: 24 Nombre d'erreurs: 0

Test approfondi de perception de couleurs indiqué Oui Non
Méthode: Normal Anormal

Lanterne de Beyne Anomaloscope
 Normal Anormal

(318) Lunettes

Oui Non
Type:

(319) Lentilles de contact

Oui Non
Type:

(320) Tension intra-oculaire

Droit	10 mmHg	Gauche	12 mmHg
-------	---------	--------	---------

Méthode: *ach*

Normal Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(322) Déclaration du médecin examinateur:

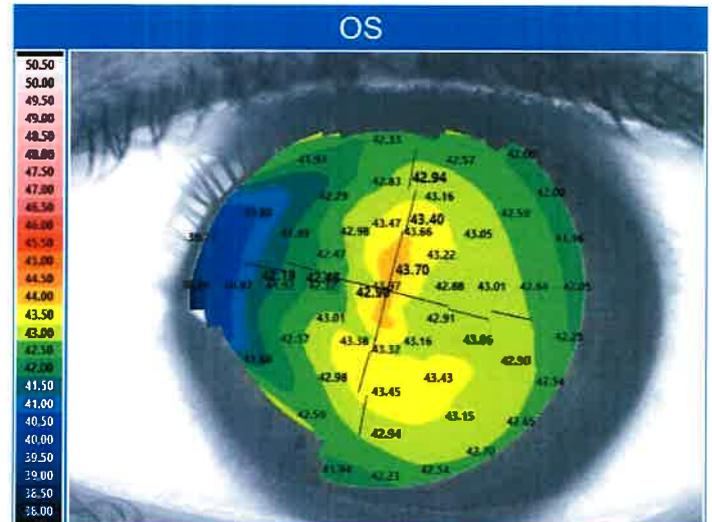
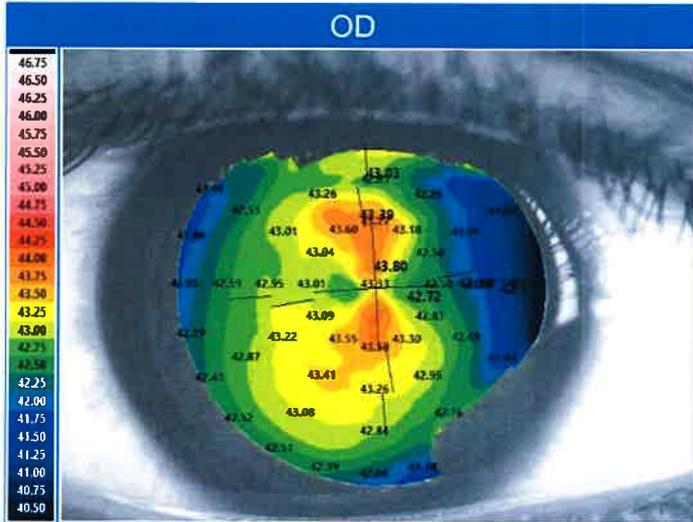
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(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: <i>[Signature]</i> Dr Françoise CLERGUÉ Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB - 05	E-mail: Téléphone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Information Patient

Patient	deme cheikh	Sexe	M
Patient ID	30317	Date d'Examen	20/04/2022 08:08:07
Date de Naissance	18/02/2001		

MAPPE



Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
42.72 @ 3°	42.58 @ 10°	42.17 @ 4°
43.80 @ 93°	43.39 @ 100°	43.03 @ 94°
-1.07D ax3°	-0.81D ax10°	-0.86D ax4°

3 mm	5 mm	7 mm
42.90 @ 166°	42.48 @ 164°	42.19 @ 169°
43.70 @ 76°	43.40 @ 74°	42.94 @ 79°
-0.80D ax166°	-0.92D ax164°	-0.75D ax169°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.68 mm	Y= 0.03 mm
Diamètre	11.98 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.19 D / 3mm: 43.25 D	

Décentration Cornée	X= 0.76 mm	Y= -0.32 mm
Diamètre	11.79 mm	
Décentration Pupille	H= 0.59 mm	V= -0.40 mm
Diamètre Pupille Moyen	4.62 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.33 D / 3mm: 43.44 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
44.00 D	0.90 D/mm	0.19 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
43.94 D	0.76 D/mm	0.44 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.53 D	SAI = 0.29 D	e = 0.56	43.29 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.48 D	SAI = 0.26 D	e = 0.24	43.66 D

Annotations

Patient: **deme, cheikh**

Date de naissance: **18/02/2001**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30317**

Haag-Streit Diagnostics AG

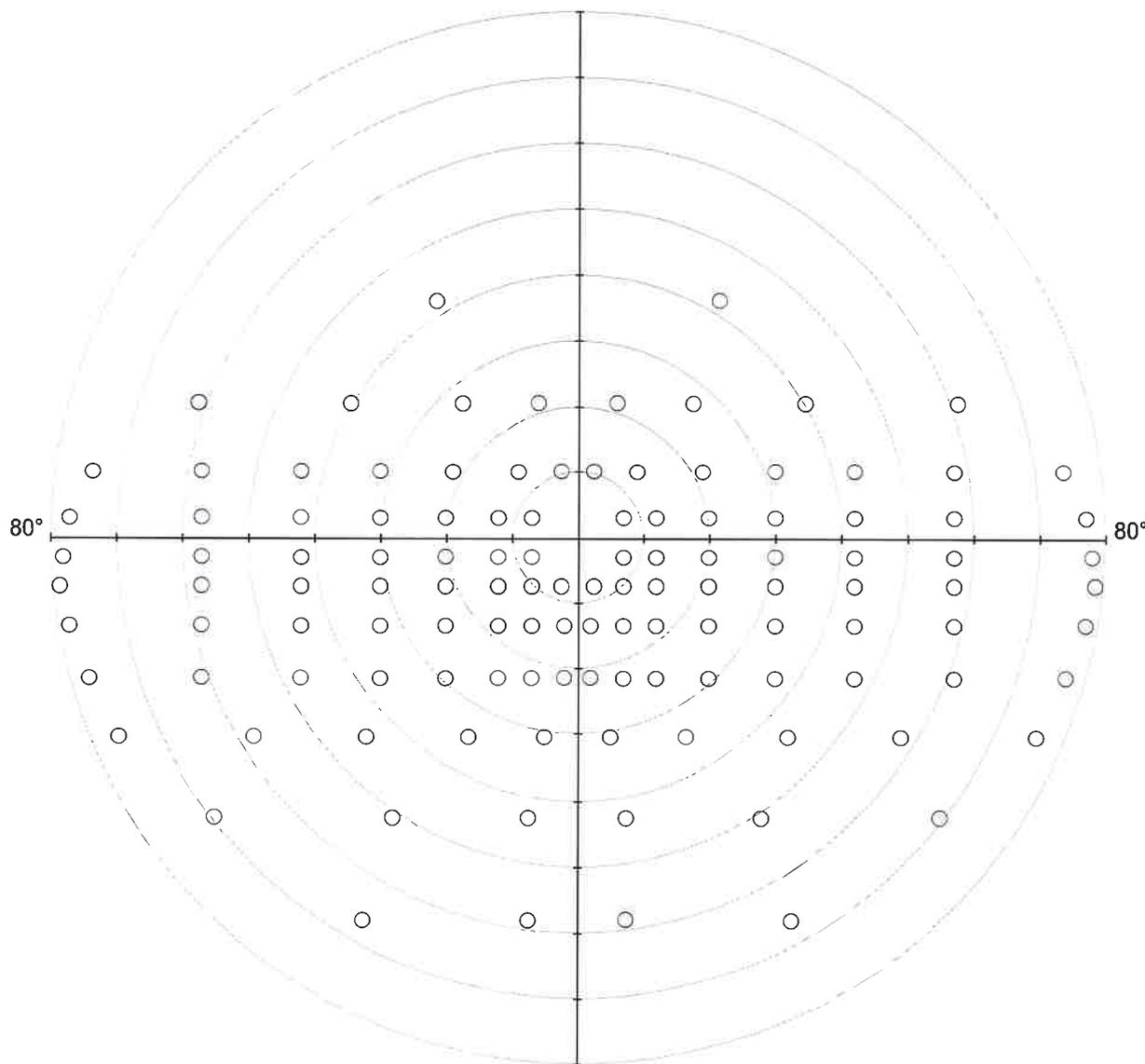
OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation: **Arrêt**
Cible de fixation: **Croix**
Pertes de fixation: **n/a**
Erreurs faux POS: **0/5**
Erreurs faux NÉG: **0/5**
Durée du test: **03:28**

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: **07:56**
Âge: **21**



Score Esterman: **100**
○ Point vu: **120/120**
■ Point non vu: **0/120**
△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



Centre d'examen de la santé mentale

DEME

CHEIKH AHMED HADY

dates à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

Né(e) le : 18/02/2001 **30317**
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? 24

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? :

Étudiant Mathématique par passion depuis enfance.

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 : *Dr P. CORREA*
date:
Signature: *[Signature]*
Medecin
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dériv

Masculin

ID patient:8

N° de salle :

Département :

FC : 48bpm
P : 97ms
FP : 143ms
QRS : 95ms
QT/QTc : 406/366ms
P/QRS/T : 61/29/51deg.
RV5/SV1 : 2.103/1.635mV

Nom infos diagn.:

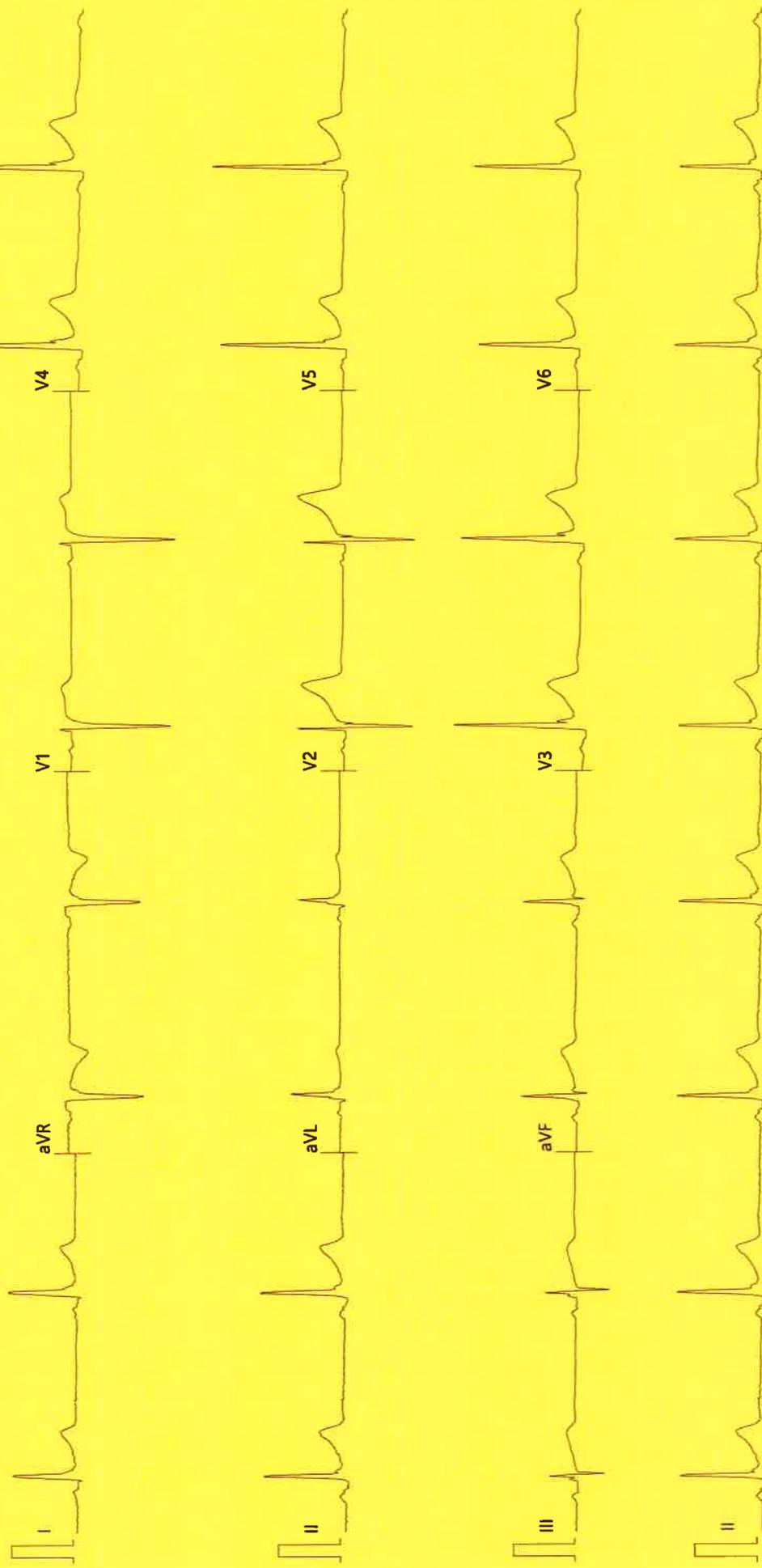
1. Sinus Bradycardia with Sinus Arrhythmia
2. Légère augmentation ST(V4, V5)

Dr. P. CORREA
Médecin
CEMA Toulouse

DEME
CHEIKH AHMED HADY
Né(e) le : 18/02/2001 **30317**
SENEGAL

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. DEME CHEIKH AHMED HADY

Né(e) le 18.02.2001

Dossier N° 0121100002 - 00 reçu le 19.04.2022 à 13:24

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	5,0	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	5,17	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	14,2	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	42,9	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	82,9	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	27,5	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	33,1	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	13,4	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	34,0 % soit	1,70	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	1,5 % soit	0,08	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,5 % soit	0,03	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	54,1 % soit	2,71	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	9,9 % soit	0,50	G/L	N: 0,20 à 0,80

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	254,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
	8,9	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. DEME CHEIKH AHMED HADY**

Né(e) le 18.02.2001

Dossier N° 0121100002-00 du 20.04.2022 à 13:24

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

	0,96	g/l	N: 0,70 - 1,10
<i>soit</i>	5,32	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

	95	μmol/l	N: 59 - 104
<i>soit</i>	11	mg/l	N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **98** ml/min/1,73m²DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine **114** 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*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	62	mg/l	N: 34 - 70
<i>soit</i>	368,9	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*(Colorimétrie enzymatique)*

	0,56	g/l	N: Inf. à 1,98
<i>soit</i>	0,63	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	1,88	g/l	N: 1,00 - 2,20
<i>soit</i>	4,86	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

	13	U/l	N: 10 - 50
--	----	-----	------------

TRANSAMINASE G.P.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

	16	U/l	N: 10 - 50
--	----	-----	------------

G.G.T*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	21	U/l	N: 8 - 61
--	----	-----	-----------

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. DEME CHEIKH AHMED HADY

Dossier N° 012110000200 du 20.04.2022 à 13:24
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 18.02.2001

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 www.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

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

LAPL / 2 / I
CLASSICAL
LAPL / 2 / I
CLASSICAL



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

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

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 DEME CHEIKH AHMED HADY
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 18/02/2001 - GUEREO
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
XI	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor Dr Jean-Yves LAFAILLE
XII	Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 04 / 2022
XIII	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/04/2022
XIV	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/04/2022

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, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
20 / 04 / 2023

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
XI	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor Dr Jean-Yves LAFAILLE
XII	Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 04 / 2022
XIII	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/04/2022
XIV	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/04/2022

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 20 / 04 / 2022
XI	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor Dr Jean-Yves LAFAILLE
XII	Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 04 / 2022
XIII	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/04/2022
XIV	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/04/2022