

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : FRANCE		(13) N° référence:	
(3) Nom : TOURE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input checked="" type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : MOUHAMADOU LAMINE		(4) Nom de naissance : TOURE	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : DIAMAGUENE		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : DAROU RAHMANE RUFISSE		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(11) Adresse postale : (si différente)		(16) Employeur : AIR SENEGAL	
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77.250.37.74 Courriel : laminetoure925@gmail.com		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
types Numéro de licence Pays de délivrance		(21) Nombre total d'heures de vol : 00	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 00	
(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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
Détails :		(25) Type de vol envisagé :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
Détails :		(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 :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			
(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 :			

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

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

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>
A remplir uniquement pour les femmes											
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation										<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(151) Etes-vous enceinte ?										<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques : *paludisme des temps*

20-04-2021

Signature

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse



APPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

... EN CETTE PAGE 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 189 cm	(203) Poids 59 kg (65)	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Bleu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 120 Diastolique 85	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 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 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 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
 Cadet en Senegal. Etudiant l'athlétisme. Passé AEU 27 ans
 Célèbre. oeuft.
 (211) Baudouin commun OG - vue partiellement tymp G OK l'œil (-)
 Tabac = 0
 Alc = 0
 III = 0
 Sport = 2-3x/semaine

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 :			
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
Œil gauche			

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
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 48%	Peak Flow (l/min)	149	(g/dl)
Normal <input checked="" 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	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	20-04-2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	20-04-2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophthalmologique	<input type="checkbox"/>	20-04-2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	20-04-2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	20-04-2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	20-04-2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G: 13 D: 14 mmHg	<input type="checkbox"/>	20-04-2022	<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 : Apt-
 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 checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :
 Apté 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 Toulon Blagnac	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 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) No TOURE MOUHAMADOU LAMINE	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Pr Né(e) le : 20/09/1994 30321 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:

Signature du demandeur:

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 clinique:

Cocher chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir cheveu	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>

Tests supplémentaires

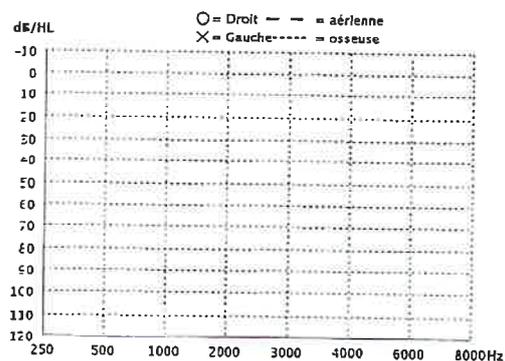
(si indiqués)

	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"/>

(-19) Audiométrie tonale

Hz	db HL (seuil d'audition)			
	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	5	10		
500	5	10		
1000	5	10		
2000	5	10		
3000	15	10		
4000	5	10		
6000	5	10		
8000	10	10		

(-20) Audiogramme



(421) Remarques et recommandations ORL:

Bauches commens. 06.

(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: 20-04-2022	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



Remo U.C.E

ZODIAC 981 N/S 37874
Casque N/S
Date Cal: 21-Oct-2021

Opérateur: _____

Patient: _____

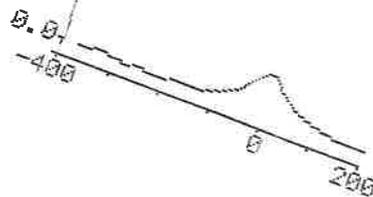
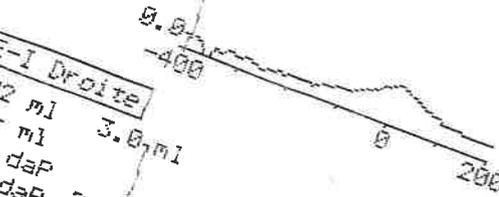
N du Patient: 12
Date: 20-Nov-2022

TOURE
MOUHAMADOU LAMINE
Né(e) le: 20/09/1994 [30321]
SENEGAL

Heure 11:04

Temp.: FTE-I Gauche
UCA1: 0.77 ml 3.0 ml
UCA2: _____ ml
POM1: _____ daP 2.0
POM2: _____ daP
POMd: _____ daP
Vitesse 400 dP/S
Dir.: Néa. 1.0

Temp.: FTE-I Droite
UCA1: 0.72 ml 3.0 ml
UCA2: _____ ml
POM1: _____ daP 2.0
POM2: -10 daP
POMd: _____ daP
Vitesse 400 dP/S
Dir.: Néa. 1.0



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 us: TOURE MOUHAMADOU LAMINE	(4) Nom de naissance :
(5) Prénom: SENEGAL	(6) Date de naissance: Né(e) le : 20/09/1994 30321
	(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 (AME) :

20.4.22

Toure

Dr Françoise CLERGUE
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	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)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
	CEil droit	CEil gauche	CEil droit	CEil gauche	CEil droit	CEil gauche
CEil droit	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10
CEil gauche	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10
Vision Binoculaire	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
	CEil droit	CEil gauche	CEil droit	CEil gauche	CEil droit	CEil gauche
CEil droit	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10
CEil gauche	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10
Vision Binoculaire	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
	CEil droit	CEil gauche	CEil droit	CEil gauche	CEil droit	CEil gauche
CEil droit	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10
CEil gauche	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10
Vision Binoculaire	10 /10	10 /10	Corrigé à /10	Corrigé à /10	/10	/10

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
CEil droit	+0.75	-0.25	40°	
CEil gauche	+0.25	-0.25	105°	

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 effectuée <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques Type: ISHIHARA (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 Normal Anormal
Anomaloscope Normal Anormal

Normal Anormal

(318) Lunettes

Oui Non
Type: Oui Non

(319) Lentilles de contact

Oui Non
Type: Oui Non

(320) Tension intra-oculaire

Droit 14 mmHg Gauche 13 mmHg
Méthode: a air
 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:

Dr Françoise CLERGUE

Dr Françoise CLERGUE
Ophtalmologiste
N° 311057186
CEMA TB - 05

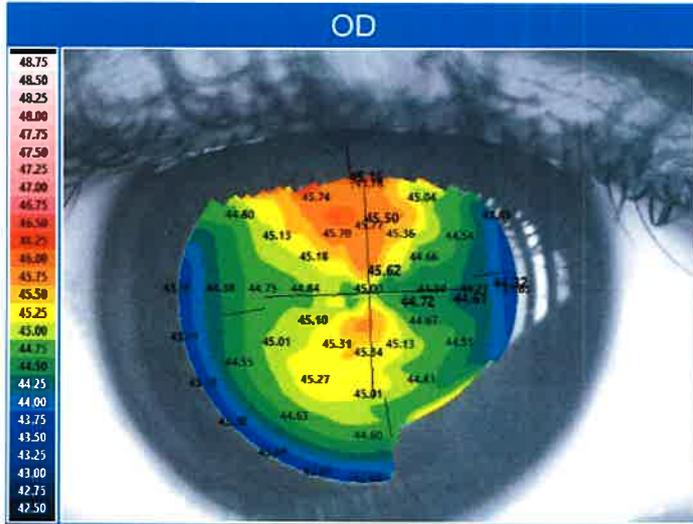
Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste

Apte Inapte

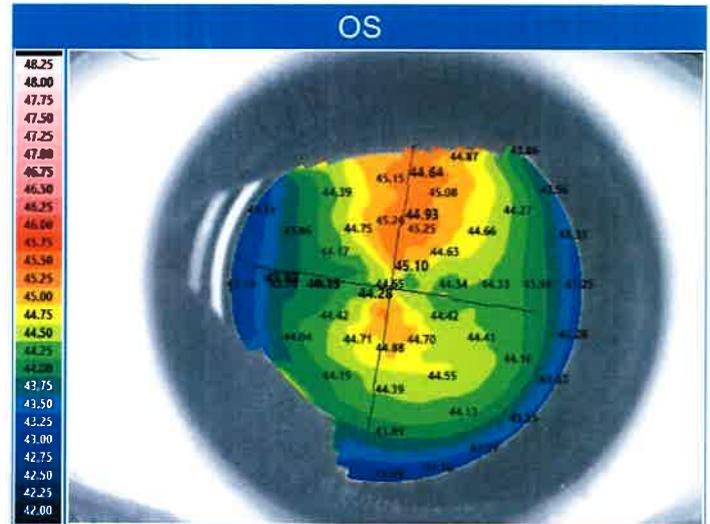
Information Patient

Patient	loure mouhamadou	Sexe	M
Patient ID	30321	Date d'Examen	20/04/2022 09:25:49
Date de Naissance	20/09/1994		

MAPPE



D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
44.72 @ 3°	44.61 @ 2°	44.32 @ 9°
45.62 @ 93°	45.50 @ 92°	45.16 @ 99°
-0.91D ax3°	-0.89D ax2°	-0.84D ax9°

3 mm	5 mm	7 mm
44.28 @ 172°	44.13 @ 170°	43.88 @ 171°
45.10 @ 82°	44.93 @ 80°	44.64 @ 81°
-0.82D ax172°	-0.80D ax170°	-0.76D ax171°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.30 mm	Y= 0.06 mm
Diamètre	12.42 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 45.12 D / 3mm: 45.13 D	

Décentration Cornée	X= 0.40 mm	Y= 0.03 mm
Diamètre	12.37 mm	
Décentration Pupille	H= -0.01 mm	V= 0.12 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.31 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.64 D / 3mm: 44.67 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
46.10 D	0.12 D/mm	-0.58 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
45.37 D	0.65 D/mm	-0.48 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.46 D	SAI = 0.30 D	e = 0.37	45.02 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.42 D	SAI = 0.22 D	e = 0.40	44.64 D

Annotations

Patient: **toure, mouhamadou**

Date de naissance: **20/09/1994**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30321**

Haag-Streit Diagnostics AG

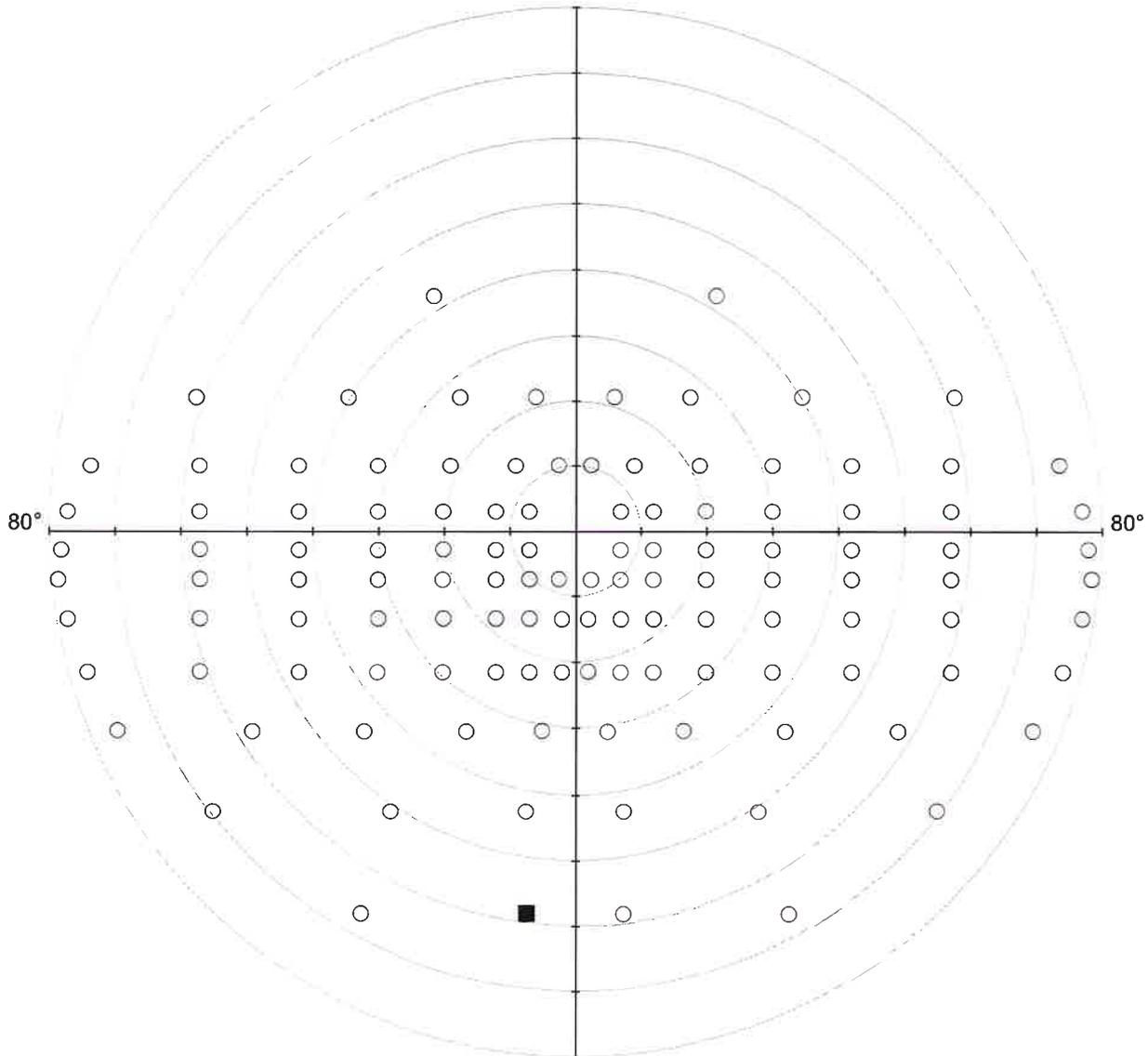
OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation: **Arrêt**
Cible de fixation: **Croix**
Pertes de fixation: **n/a**
Erreurs faux POS: **0/6**
Erreurs faux NÉG: **0/5**
Durée du test: **03:27**

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: **09:14**
Âge: **27**



Score Esterman: **99**

○ Point vu: **119/120**

■ Point non vu: **1/120**

△ Tache aveugle

Commentaires

Signature

Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

TOURE

ats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

MOUHAMADOU LAMINE

Né(e) le : 20/09/1994 **30321**
 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 ? 16.

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
aNie	<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 ?:

expérience aéronautique (heures de vol) ?

Risque d'enfant, personne.

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 : *20-04-2022*
 date:
 Signature : **Dr P. CORREA**
 Médecin
 CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dériv

Masculin

ID patient:0

Département :

FC : 69bpm
P : 96ms
FP : 157ms
QRS : 96ms
QT/QTc : 384/412ms
P/QRS/T : 66/84/53deg.
RV5/SV1 : 2.657/1.849mV

ambul.ID :

Nom infos diagn.:

- 1. Anythmie de sinus
- 2. Haute Tension (ventricule gauche)

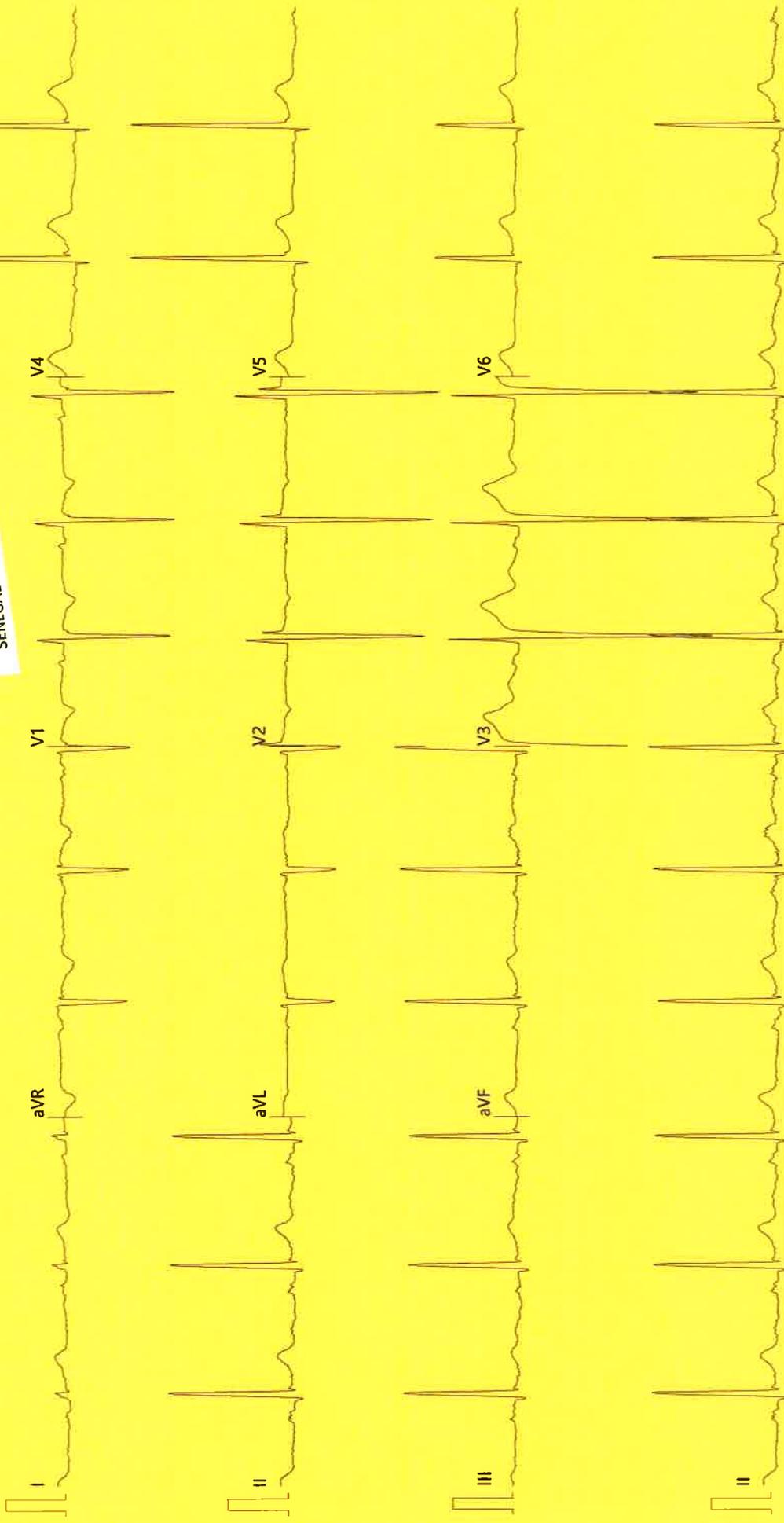
N° de salle :

Siguet Longjumeau

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Rapp. confirmé par:
10mm/mV
25mm/s

TOURE
MOUHAMEDOU LAMINE
Né(e) le : 20/09/1994
30321
SENEGAL





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. TOURE MOUHAMADOU LAMINE

Né(e) le 20.09.1994

Dossier N° 0121100006 - 00 reçu le 19.04.2022 à 13:27

Prélevé le 20.04.2022 à 08:00

Edité le 20.04.2022 à 09:54

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	5,1	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	4,95	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	14,4	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	43,9	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	88,6	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,1	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,8	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	27,5 % soit	1,40	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	6,4 % soit	0,33	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,7 % soit	0,04	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	52,5 % soit	2,68	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	12,9 % soit	0,66	G/L	N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :

Neutropénie

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	8,6	fL	N: 7,5 à 11,2
---------------------------	-----	----	---------------

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

Né(e) le 20.09.1994

Dossier N° 0121100006 00 du 20.04.2022 à 13:27

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

	0,86	g/l	N: 0,70 - 1,10
<i>soit</i>	4,77	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

	101	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 **88** ml/min/1,73m²DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **101** 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)*

	61	mg/l	N: 34 - 70
<i>soit</i>	363,0	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)*

	0,59	g/l	N: Inf. à 1,98
<i>soit</i>	0,67	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	2,01	g/l	N: 1,00 - 2,20
<i>soit</i>	5,20	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

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

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

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

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

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

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

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. TOURE MOUHAMADOU LAMINE

Dossier N° 012110000600 du 20.04.2022 à 13:27

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 20.09.1994

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

