

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 : DIOUF		(2) Certificat médical sollicité : Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☒ PNC/CCA ☐	
(4) Nom de naissance : DIOUF		(12) Genre sollicité : ☒ initial ☐ renouvellement prorogation	
(5) Prénom(s) : BABOU		(6) Date de naissance : 25/12/1998	
(7) Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin		(14) Type de licence désirée : ATPL	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(10) Adresse permanente : 165 CITE BISSAP BISCUITERIE		(11) Adresse postale : (si différente)	
(16) Employeur : AIR SENEGAL SA		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) : types : Numéro de licence : Pays de délivrance :		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non ☐ Oui ☐ détails :	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical. prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non ☐ Oui ☐ Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 00	
(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 00		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☐ Oui ☐ Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé :	
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☐ Multipilote ☐		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☐ Oui ☐ Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☐ Oui ☐ consommation journalière unités			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☐ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :			

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

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

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

(30) Remarques :

Date

17/04/2022

Signature du demandeur

Babou Diouf

Signature du médecin examinateur

Dr. P. CORREA

Médecin

CEMA Toulouse

OF P. CORREA

APPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

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

(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 177 cm IMC = 19,6	(203) Poids 61,6 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Marron	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 85	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier
--	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---	---

Examen clinique : Cochez chaque item		normal	anormal	normal		anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐	
(209) Cavité buccale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐	
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒	☐	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐	
(213) Yeux - pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	☐	
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒	☐	
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐	
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒	☐	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.

Cadet An Sennege SA - étudiant informatique. 23 ans.

Tabacc = 0
Alc = 0
ITT = 0
Sport = 0

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)	Lunettes/Contact
Ceil droit sans correction	Corrigée à
Ceil 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
Ceil droit	☐	☐
Ceil gauche	☐	☐
Vision binoculaire	☐	☐

(231) de près	sans correction	avec correction
N5 lu à 30 - 50cm	Oui Non	Oui Non
Ceil droit	☐	☐
Ceil gauche	☐	☐
Vision binoculaire	☐	☐

(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Type :	Type :
Réfraction Sph	Cylindre
Ceil droit	Axe
Ceil gauche	Ajouter

(313) Perception des couleurs	Normale ☐ Anormale ☐
Tables pseudo-ischromatiques	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

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

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine
VEMS/CV 84 %	Peak Flow (l/min) 14,7 (g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐

(235) Analyse d'urine	Normale ☒ Anormale ☐
Glucose 0	Protéines 0
Sang 0	Autres

Rapports annexés	Non réalisés	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	20-04-22	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	20-04-22	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	20-04-22	☒	☐
(241) Examen ORL	☐	20-04-22	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐	20-04-22	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☐	20-04-22	☒	☐
(240) Tonométrie G : 12 D : 12 mmHg	☐	20-04-22	☒	☐
(244) Divers (Sujet?)	☐		☐	☐

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

Avis :	Dr. P. CORREA
Signature :	
Medecin	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 du Libellé :	

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

(248) Commentaires, limitations :

Note 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 : 20/04/2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
et lieu : Toulouse	Fax :	Numéro d'AME : Médecin chef :
	Telephone :	
	E-mail :	

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: ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA
(3) DIOUF BABOU	(4) Nom de naissance:
(5) Né(e) le : 25/12/1998 30313 SENEGAL	(6) Date de naissance:
	(7) Sexe: ☒ Masculin ☐ Féminin
(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation	
(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: 20-04-2022 Signature du demandeur: [Signature]

Signature du médecin examinateur (AME): Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

(402) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(403) Antécédents ORL:
---	------------------------

Examen clinique:

Cocher chaque item

	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	☒	☐
(405) Cavité buccale, dents	☒	☐
(406) Pharynx	☒	☐
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	☒	☐
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	☒	☐
(409) Élocution	☒	☐
(410) Sinus	☒	☐
(411) Conduits auditifs externes, tympans	☒	☐
(412) Otoscopie pneumatique	☐	☐
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	☒	☐

Tests supplémentaires

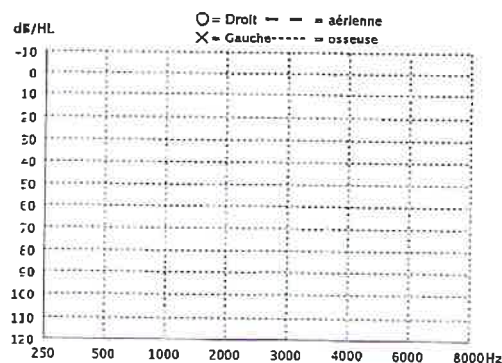
(si indiqués)

	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	☐	☒	☐
(415) Rhinoscopie postérieure	☐	☐	☐
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	☐	☐	☐
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	☐	☐	☐
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	☐	☐	☐

(-19) Audiométrie tonale

Hz	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	20	20		
4000	25	25		
6000	15	15		
8000	15	15		

(-20) Audiogramme



(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:

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

☒ Apte ☐ Inapte



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

AeMC U.E.F.05

CEMA TB

Opérateur: — **DIOUF**

BABOU

Patient: —

Né(e) le: 25/12/1998 **30313**

N du Patient

SENEGAL

Date: 20-Avr-2022

Heure 07:52

Tymp.: FTE-I Gauche

VCA1: 1.23 ml 3.0 ml

VCA2: — ml

POM1: -5 daP

POM2: — daP 2.0

POMd: — daP

Vitesse 400 dP/S 1.0

Dir.: Nég.



Tymp.: FTE-I Droite

VCA1: 0.91 ml 3.0 ml

VCA2: — ml

POM1: 0 daP

POM2: — daP 2.0

POMd: — daP

Vitesse 400 dP/S 1.0

Dir.: Nég.



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Direction Générale de l'Aviation Civile

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée : ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA
(3) No DIOUF BABOU Né(e) le : 25/12/1998 30313	(4) Nom de naissance
(5) Pr SENEGAL	(6) Date de naissance: (7) Sexe: ☒ Masculin ☐ Féminin
(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ 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: (à compléter)

Medecin

CEMA Toulouse

Dr Françoise CLERGUE
Ophtalmologiste
N° 311057186
CEMA TB - 05

(302) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques:
---	-------------------------------------

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	☒	☐
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope)	☒	☐
(306) Position et mobilité oculaire	☒	☐
(307) Champs visuels (confrontation)	☒	☐
(308) Réflexes pupillaires	☒	☐
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	☒	☐
(310) Convergence	6 cm ☒	☐
(311) Accommodation	D ☐	☐

(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 ☐
Hyper ☐	Hyper ☐
Cyclo ☐	Cyclo ☐
Tropie ☐ Oui ☒ Non	Phorie ☐ Oui ☒ Non
Épreuve de réserve de fusion ☐ Non effectué ☐ Normal ☐ 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 Normal Anormal

Lanterne de Beyne ☐ ☐ Anomaloscope ☐ ☐

☐ Normal ☐ Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

Acuité visuelle le:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

Sans correction	Lunettes	Lentilles de contact
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	+1.75	-0.25	50°	
Œil gauche	+1.75	-0.50	90°	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes

☐ Oui ☒ Non

Type:

(319) Lentilles de contact

☐ Oui ☒ Non

Type:

(320) Tension intra-oculaire

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

Méthode: ☒ Normal ☐ Anormal

(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
Ophtalmologiste
N° 311057186
CEMA TB - 05

E-mail:
Téléphone No:
Fax No:

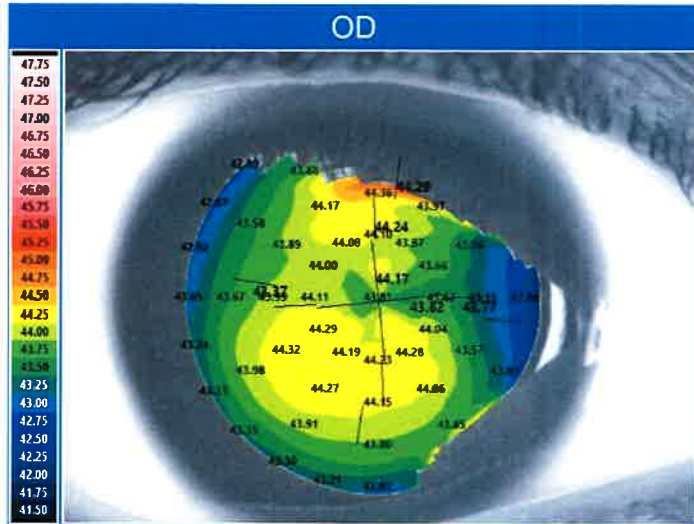
Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste

☒ Apte ☐ Inapte

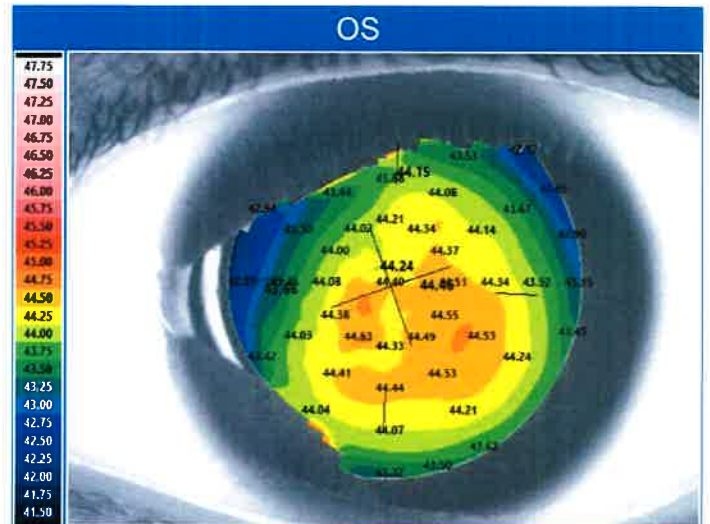
Information Patient

Patient	diouf babou	Sexe	M
Patient ID	30313	Date d'Examen	20/04/2022 09:45:09
Date de Naissance	25/12/1998		

MAPPE



D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
43.82 @ 6°	43.77 @ 3°	43.37 @ 172°
44.17 @ 96°	44.24 @ 93°	44.29 @ 82°
-0.35D ax6°	-0.47D ax3°	-0.93D ax172°

3 mm	5 mm	7 mm
44.24 @ 109°	Sphérique	43.66 @ 177°
44.46 @ 19°	AVE 44.22	44.15 @ 87°
-0.22D ax109°		-0.50D ax177°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.55 mm	Y= 0.05 mm
Diamètre	11.70 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.99 D / 3mm: 43.97 D	

Décentration Cornée	X= 0.44 mm	Y= -0.20 mm
Diamètre	11.81 mm	
Décentration Pupille	H= 0.18 mm	V= 0.23 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.46 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.31 D / 3mm: 44.37 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
45.38 D	0.48 D/mm	-0.43 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
44.75 D	0.57 D/mm	0.45 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 = 0.23 D	e = 0.36	43.87 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.43 D	SAI = 0.27 D	e = 0.44	44.38 D

Annotations

Patient: **diouf, babou**

Date de naissance: **25/12/1998**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30313**

Haag-Streit Diagnostics AG

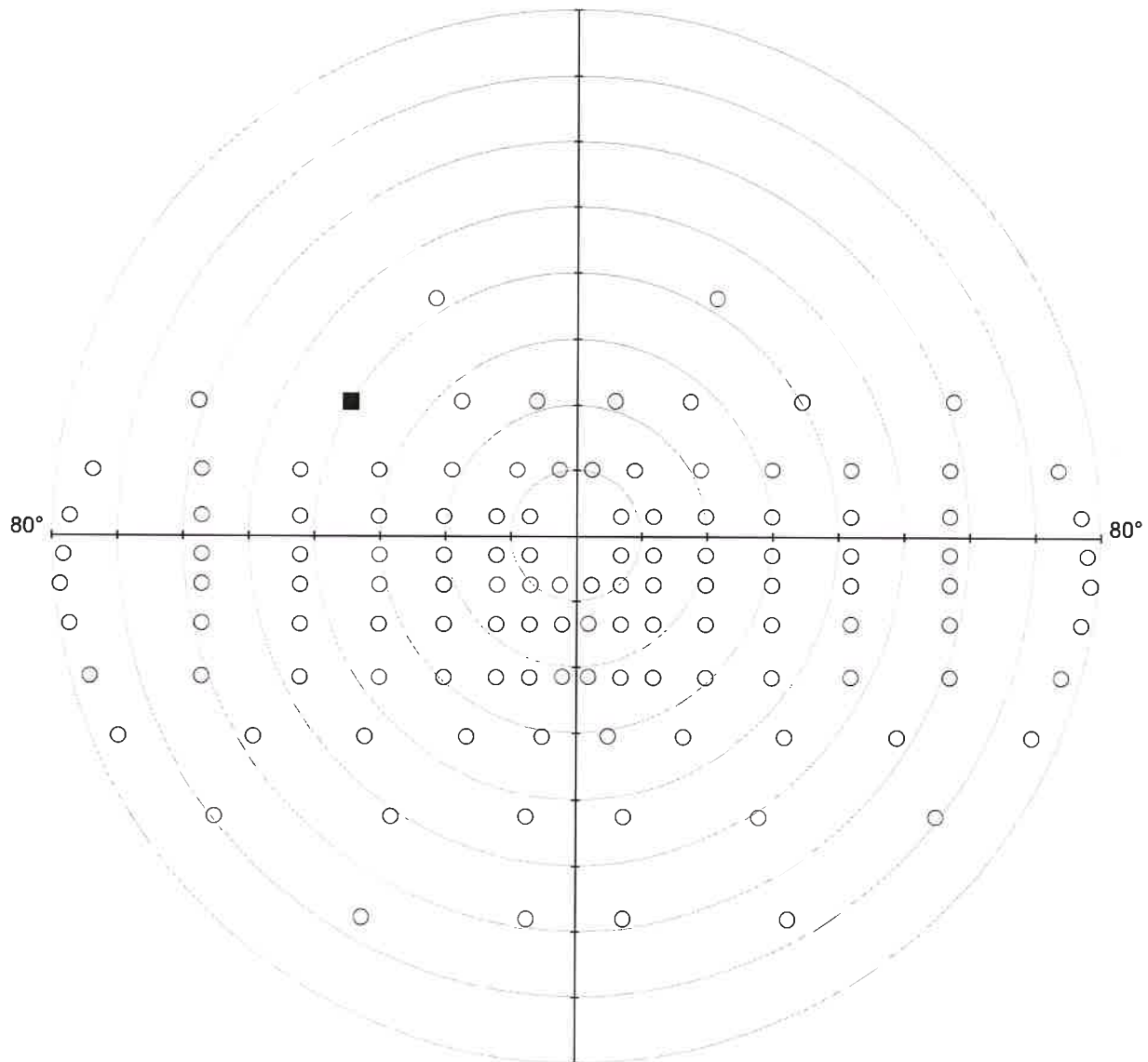
OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation: **Arrêt**
Cible de fixation: **Croix**
Pertes de fixation: **n/a**
Erreurs faux POS: **4/6**
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: **09:33**
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

DIOUF

BABOU

date à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

Né(e) le : 25/12/1998 30313

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

SENEGAL

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

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? 19.6

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	☒	☒	☒	☒	☒	☐
aNle	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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)?

Pas de réponse remontée à l'enfance.

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:

Signature: *20-04-2022*
D. R. CORREA

Medecin

CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dériv

Masculin

ambul.ID :

ID patient:33

Département :

FC : 69bpm
P : 104ms
FP : 209ms
QRS : 82ms
QT/QTc : 374/401ms
P/QRS/T : 69/68/39deg.
RV5/SV1 : 2.373/2.292mV

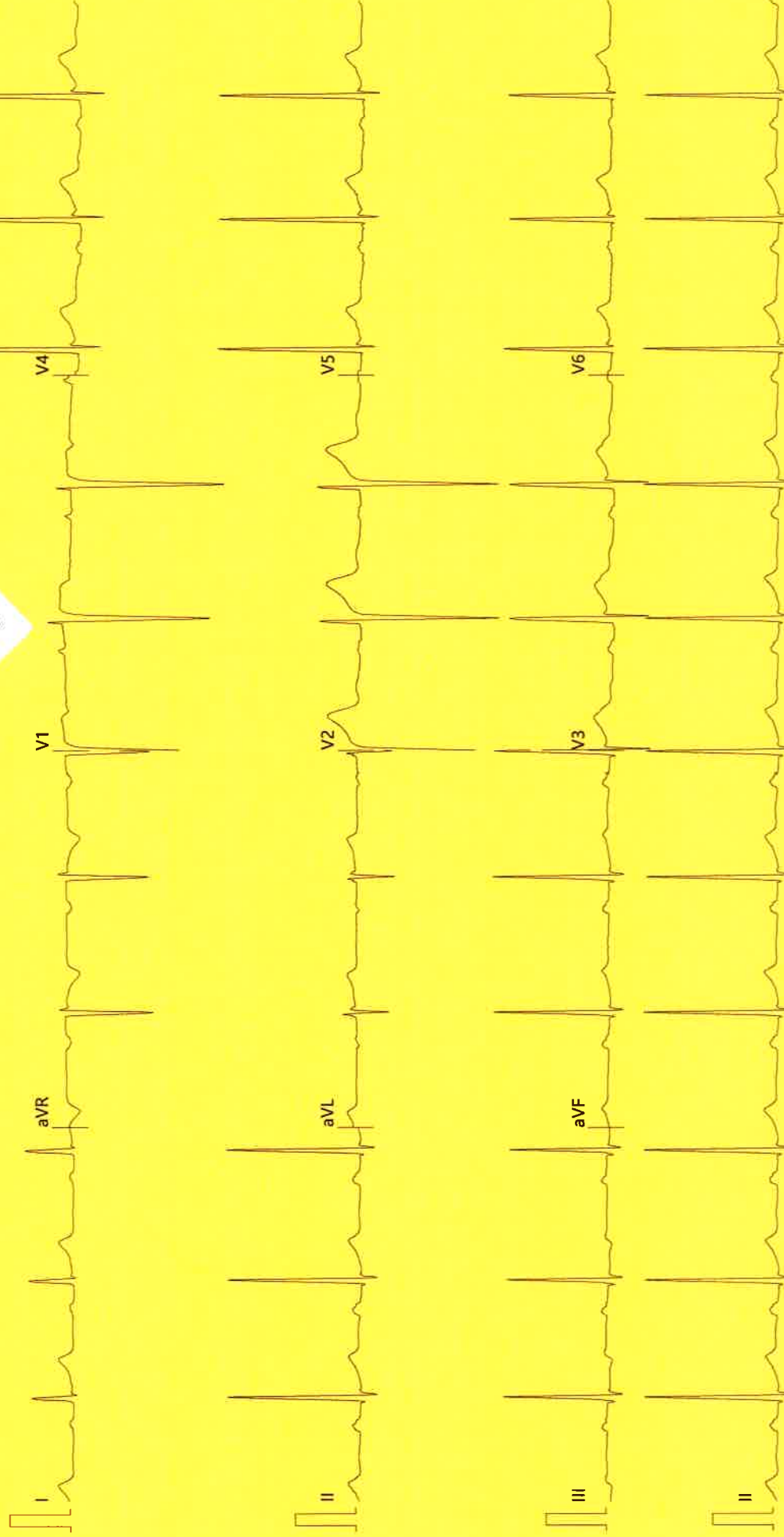
Norm infos diagn.:

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

Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

Dr. P. CORREA
Né(e) le : 25/12/1998
BABOU
SENEGAL

Rapp. confirmé par:
10mm/mV
25mm/s



Demande : **Dr JOURDAN PIERRE**

AEROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

 CEMPN - CEMA
 AEROPORT DE TOULOUSE BLAGNAC
 CS 60030
 31701 BLAGNAC CEDEX
Patient : **M. DIOUF BABOU**

Né(e) le 25.12.1998

Dossier N° 0121100009 - 00 reçu le 19.04.2022 à 13:29

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	6,6	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	4,93	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	14,7	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	45,2	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	91,7	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,8	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,5	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	13,7	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	30,8 % soit	2,03	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	7,5 % soit	0,50	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,5 % soit	0,03	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	43,2 % soit	2,85	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	18,0 % soit	1,19	G/L	N: 0,20 à 0,80

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	9,1	fL	N: 7,5 à 11,2
---------------------------	-----	----	---------------

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. DIOUF BABOU**

Né(e) le 25.12.1998

Dossier N° 0121100009-00 du 20.04.2022 à 13:29

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE

(Colorimétrie, cobas)

	0,83	g/l	N: 0,70 - 1,10
soit	4,60	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE

(Méthode enzymatique, Cobas)

	107	μmol/l	N: 59 - 104
soit	12	mg/l	N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **84** ml/min/1,73m²DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **97** 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)

	45	mg/l	N: 34 - 70
soit	267,8	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)

	0,60	g/l	N: Inf. à 1,98
soit	0,68	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

	1,63	g/l	N: 1,00 - 2,20
soit	4,22	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

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

TRANSAMINASE G.P.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

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

G.G.T

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

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

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. DIOUF BABOU

Dossier N° 012110000900 du 20.04.2022 à 13:29
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 25.12.1998

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 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

Passeport /
Passport

4

[illegible]

COMMUNAUTE ECONOMIQUE
DES ETATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST
ECONOMIC COMMUNITY OF WEST
AFRICAN STATES

REPUBLIQUE DU SENEGAL
REPUBLIC OF SENEGAL



PASSEPORT

Passport

A 01963173

Ce passeport contient 32 pages
This passport contains 32 pages

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 / 1 SSVCL
LAPL / 2 / 1 SSVCL

Medical certificate

CERTIFICAT MÉDICAL



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 DIOUF BABOU
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 25/12/1998 - DAKAR
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

MED. V. 020 V. 020

1) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

2) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

3) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

4) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

5) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

6) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

7) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

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 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	

MED. V. 020 V. 020

1) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

2) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

3) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

4) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

5) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

6) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

7) Les certificats de pilotage sont délivrés par l'Etat de la République Française.

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 	
XI Cachet / Stamp 	

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