

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **TOURE** Prénoms : **Christine** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **28/03/91**
Lieu de naissance : **Kissidoug - Guinée**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 1,69 cm	(203) Poids 61 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 100 Diastolique 060	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 74 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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympan, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Recrutement Air Seyal, Ben bouatam BSS (2021) agent local Air France.
3 ans. Céléb oemp.
Tabac = 0
Alc = 0
Spirt = 0
IT = 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	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) **Vision Intermédiaire** N14 lu à 100cm

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

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

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

(232) **Lunettes** Oui Non
Type :
Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
Œil droit
Œil gauche

(233) **Lentilles de contact** Oui Non
Type :
Axe Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
Tables pseudo-isochromatiques Type **ISHIHARA**
Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisés)
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

	Oreille droite		Oreille gauche	
	Oui	Non	Oui	Non
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

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

(237) **Hémoglobine** **15,4** (g/dl)
Normal Anormal

(248) **Commentaires, limitations :**
Apte PNE -> E.L. 06-2021

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

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	09-06-2021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	09-06-2021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	21-06-2021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	21-06-2021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	09-06-2021	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : D : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet?) :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Apte**

Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **MD/004/ANACS/DTA/08**
DGAC N° 3357

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

APTE pour la classe :
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe.
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer le destinataire :
le motif :

➤ Renvoi/concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
Décision N° du
Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------------

(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 : **21 JUN 2022**

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Dr Patrick CORREA
Médecine Aeronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N° 3357

Numéro d'AME :
Réf Rapport examen médical 03.09.2019