LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
dgac
DSAC

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

(1) Pays de délivrance de licence : Sénégal

(13) N° référence:

(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☐ Classe 2 ☒ LAPL ☐ PNC/CCA ☒

(3) Nom : Lô

(4) Nom de naissance

(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation

(5) Prénom(s) : Khoudia

(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 01/01/87

(7) Sexe : Masculin ☐ Féminin ☒

(14) Type de licence désirée :

(15) Profession (principale) :

(8) Lieu et pays de naissance : Thies Senegal

(9) Nationalité : Senegalaise

(16) Employeur :

(10) Adresse permanente : Dakar ouest foire
Pays : Senegal
N° de téléphone : 01/01/87
Courriel :

(11) Adresse postale : (si différente)
Pays :
N° de téléphone : 78-113-73-83

(17) Dernier examen médical :
Date :
Lieu :

(19) Conditions, limitations du certificat médical:
Non ☐ Oui ☐ détails :

(18) Licence(s) de vol possédée(s)

types	Numéro de licence	Pays de délivrance

(21) Nombre total d'heures de vol :

(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :

(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:
Détails :

(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :

(25) Type de vol envisagé :

(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ?
Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu:
Détails :

(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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☒	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒
(104) Allergie ou rhume des foins	☐	☒
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒

	Oui	Non
(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒
(113) Traumatismes crânien ou commotion	☐	☒
(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒
(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒
(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒
(117) Affection neurologique : AVC, epilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒
(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒
(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒
(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒
(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒
(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒

	Oui	Non
(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐	☒
(124) Test VIH positif	☐	☒
(125) Maladie sexuellement transmissible	☐	☒
(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐	☒
(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐	☒
(128) Toute autre maladie ou blessure	☐	☒
(129) Hospitalisation	☐	☒
(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐	☒
(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐	☒
(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐	☒
(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	☐	☒
(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐	☒

Antécédents familiaux	Oui	Non
(170) Affection cardiaque	☐	☒
(171) Hypertension artérielle	☐	☒
(172) Taux élevé de cholestérol	☐	☒
(173) Epilepsie	☐	☒
(174) Maladie mentale/suicide	☐	☒
(175) Diabète	☐	☒
(176) Tuberculose	☐	☒
(177) Allergie/asthme/eczéma	☐	☒
(178) Maladie héréditaire	☐	☒
(179) Glaucome	☐	☒
A remplir uniquement pour les femmes		
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐	☒
(151) Etes-vous enceinte ?	☐	☒

(30) **Remarques :**

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : 21/06/22

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrik CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

dgac DSAC

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - **SECRET MEDICAL**

NOM : Lo	Prénoms : Khoudia	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 01-01-87 Lieu de naissance : Thies

(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	1,72 cm	67 kg	Noir	Noir.	Systolique 137	Diastolique 74	Pulsations (bpm) 85	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 bucale, 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

Recrutement Air Senegal, precedent PNC Ethiopian A.
34 ans. Celib oeuft.

Tabac = 0
Alc = 0
IIT = 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	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	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(231) **de près**

N5 lu à 30 - 50cm	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒	☐	☐	☐
Œil gauche	☒	☐	☐	☐
Vision binoculaire	☒	☐	☐	☐

(232) **Lunettes**		(233) **Lentilles de contact**	
Oui ☐	Non ☒	Oui ☐	Non ☒
Type :		Type :	

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) **Perception des couleurs** Normale ☒ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées 10 Nombre d'erreurs 0

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire**

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(237) **Hémoglobine**
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	13,1 (g/dl) Normal ☒ Anormal ☐

Hg: 95 mg/l

(235) **Analyse d'urine** Normale ☒ Anormale ☐

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	☐	21/06/2022	☒	☐
(239) Audiogramme	☐	21-06-2022	☒	☐
(240) Examen Ophtalmologique	☐	21-06-2022	☒	☐
(241) Examen ORL	☐	21-06-2022	☒	☐
(242) Lipides sanguins	☐	21-06-2022	☒	☐
(243) Fonction respiratoire	☐		☐	☐
(320) Tonométrie G : D : mmHg	☐		☐	☐
(244) Divers(Sujet?):	☐		☐	☐

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

Avis : Apte

Nom :

Signature : Dr Patrik CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N°3857 - FAA-00773

(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	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	☐	☐	☐	☒

(248) **Commentaires, limitations :**

Apte PNC → 21-06-2022

(249) **Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

Je soussigne 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: 22 JUIN 2022	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL Fax: Telephone: Email:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Dr Patrik CORREA Médecine Aéronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N°3857 - FAA-00773 Numéro d'AME: