

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

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

NOM : **CANTARINI** Prénoms : **JEAN-YVES MARC LUCIEN MARC** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **25/01/1977**
Lieu de naissance : **ETAMPES (91) - FRANCE**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 186 cm	(203) Poids 97 kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 130 Diastolique : 80	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) : 72 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 checked="" 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, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<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.
CDB. Au 135. Hétéroconia. Pucierement Medic Union (2008-2012). 45 ans. Tabac = 0. A = 0. Spat = 0. III = 0.
Acuité visuelle essentielle Comp. Add. Août 2011.
Abat. Hématome essentiel de Comp. Add. Août 2011.

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	10
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10

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

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

(231) **de près**
N5 lu à 30 - 50cm

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

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

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

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
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'examinateur

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

Audiométrie éventuelle
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

(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** (g/dl)
Normal Anormal
Dij. 55 mg/dl

(248) **Commentaires, limitations :**
UNL.
CT. élevé à surveiller. (L)
Apte classe 1 -> 31-08-2015

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

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	14-07-2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	14-07-2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	14-07-2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	14-07-2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	14-07-2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	14-07-2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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**
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 : **15-07-2012**
et lieu : **DAKAR SENEGAL**

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

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Numéro d'AME :
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773