

ur remplir cette page, utiliser des lettres majuscules - Pour plus de détails consulter la page d'instructions.

SECRET MEDICAL

1) Pays membre JAA émetteur de la licence :		(2) Classe du certificat médical sollicité		1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 () 3 () Autres ()	
3) Nom : BILLARD		(4) Nom(s) antérieur(s) :		(12) Demande pour examen : Initial <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement / Revalidation ()	
5) Prénoms : SOUNDRA, VETEA, YAN		(6) Date de naissance : 20.03.80		(7) Sexe Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fém. ()	
8) Lieu et pays de naissance : Papeete Polynésie Française		(9) Nationalité : FRANCE		(13) Numéro de référence : AUCUN	
10) Adresse permanente : RUE JOSEPH WALTERS GA GOSSÉLIE CHARLÉRI		(11) Adresse postale (si différente) :		(14) Type de licence / autorisation désirée : LICENCE PILOTE DE LIGNE / PROF IFR	
Pays : BELGIQUE		Pays :		(15) Profession (principale) : Etudiant	
N° de téléphone : 0472 709 705		N° de téléphone :		(16) Employeur :	
18) Licence ou autorisation détenue (type) : PPL(A) SEP(T)/ATPL(A)		Numéro de licence : FLPA0034667/813354		Pays émetteur : FRANCE	
20) Avez-vous eu un refus, une suspension ou un retrait de certificat médical aéronautique, de la part d'un service de licence ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui () Date : Pays :		(21) Nombre total d'heures de vol : 105h		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 50h	
24) Accident ou incident de vol depuis le dernier examen médical : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui () Date : Pays :		(23) Type d'avion actuellement utilisé : CESSNA 182 RG		(25) Type de vol envisagé :	
27) Alcool - Consommation hebdomadaire moyenne : 0,5g/l		(28) Faites-vous habituellement usage de médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui () Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :			
29) Etes-vous fumeur ? Jamais () Plus depuis : Oui <input checked="" type="checkbox"/> Genre de tabac et quantité : CIGARETTE 10/j					

antécédents généraux et médicaux : Présentez-vous ou avez-vous des antécédents d'une des maladies suivantes ? A chaque question répondez en cochant OUI ou NON. Détailliez dans la rubrique « Remarques ».

	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
01 Maladie ou opération oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		112 Affection de la gorge, du nez, élocution	<input checked="" type="checkbox"/>		123 Malaria ou autres maladies tropicales	<input checked="" type="checkbox"/>		150 Problèmes gynécologiques ou menstruels		
02 Port actuel ou antérieur de lunettes et/ou le verres de contact	<input checked="" type="checkbox"/>		113 Traumatisme crânien ou commotion	<input checked="" type="checkbox"/>		124 Test HIV positif	<input checked="" type="checkbox"/>		151 Etes-vous enceinte ?		
03 Modification dans la prescription de lunettes/verres de contact depuis le dernier examen	<input checked="" type="checkbox"/>		114 Maux de tête fréquents ou graves	<input checked="" type="checkbox"/>		125 Maladie sexuellement transmissible	<input checked="" type="checkbox"/>		Antécédents familiaux		
04 Allergie ou rhume des yeux	<input checked="" type="checkbox"/>		115 Accès de vertiges / évanouissements	<input checked="" type="checkbox"/>		126 Hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>		170 Affection cardiaque		<input checked="" type="checkbox"/>
05 Asthme ou maladie pulmonaire	<input checked="" type="checkbox"/>		116 Perte de conscience quel qu'en soit le motif	<input checked="" type="checkbox"/>		127 Toute autre maladie ou blessure	<input checked="" type="checkbox"/>		171 Hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
06 Maladie du coeur ou vaisseaux	<input checked="" type="checkbox"/>		117 Affection neurologique : épilepsie, convulsion, paralysie, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>		128 Le recours au médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>		172 Taux élevé de cholestérol		<input checked="" type="checkbox"/>
07 Tension artérielle élevée ou basse	<input checked="" type="checkbox"/>		118 Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>		129 Assurance-vie refusée	<input checked="" type="checkbox"/>		173 Epilepsie		<input checked="" type="checkbox"/>
08 Calcul rénal ou sang dans les urines	<input checked="" type="checkbox"/>		119 Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input checked="" type="checkbox"/>		130 Refus de licence / autorisation	<input checked="" type="checkbox"/>		174 Maladie mentale		<input checked="" type="checkbox"/>
09 Diabète ou affection hormonale	<input checked="" type="checkbox"/>		120 Tentative de suicide	<input checked="" type="checkbox"/>		132 Non admission au service militaire ou réforme pour motif médical	<input checked="" type="checkbox"/>		175 Diabète sucré		<input checked="" type="checkbox"/>
110 Affection gastro-intestinale ou hépatique	<input checked="" type="checkbox"/>		121 Mal des transports nécessitant médication	<input checked="" type="checkbox"/>		133 Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input checked="" type="checkbox"/>		176 Tuberculose		<input checked="" type="checkbox"/>
111 Surdité ou maladie des oreilles	<input checked="" type="checkbox"/>		122 Anémie, trait drépanocytaire	<input checked="" type="checkbox"/>					177 Allergie, asthme, eczéma		<input checked="" type="checkbox"/>
									178 Maladie héréditaire		<input checked="" type="checkbox"/>
									179 Glaucome		<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques : Si des mentions ont été communiquées antérieurement au médecin-examineur présent et si aucun changement n'est survenu depuis lors, veuillez l'indiquer.

(31) Déclaration : Je certifie par la présente que j'ai porté toute mon attention aux déclarations faites ci-dessus, qu'en conscience elles sont complètes et correctes, que je n'ai pas omis de renseignements importants ou fait des déclarations erronées. J'admets que si j'ai fait une déclaration fautive ou fallacieuse concernant cette demande ou si je m'abstiens de fournir l'information médicale à l'appui de ma demande, la SMA peut refuser de m'accorder le certificat médical ou peut retirer tout certificat médical qui m'aurait été accordé sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national. CONSENTEMENT A LA DELIVRANCE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses pièces à la SMA et, si besoin, à la SMA d'un autre Etat, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisées pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de la SMA à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément au droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps. Mon attention est attirée sur le fait que certains Etats non-membres de l'Union européenne peuvent ne pas garantir un niveau de protection adéquat des données personnelles.

Espinoza
AMS
Examinateur GAA de BELGIUM
AME Number
AMS supervision
DR. SZERER B
CEMA/ECLG
B AME 10 10



HMRA

Centre Médical d'Expertise

Le 11/10/2011

N°

Annexe(s) :

Au Dr Despeghe R.
S.P.F. de la Santé Publique
MEDEX-Centre d'expertise de médecine aéronautique
Plaine Victor Hortaplein 40/10
1060 Bruxelles

OBJET : Examen d'expertise pour la vision des couleurs pour pilote class I de Monsieur Billard Soundra, né le 20/03/1980

Ref : Billard Soundra
Rue Joseph Wauters 6a
6041 Gosselies
0472/709705

Cher Confrère,

L'examen d'expertise de la vision des couleurs a été fait le 11/10/2011 dans notre centre par le Dr Van Verre Hedwig et a donné les résultats suivants :

1. **ISHIHARA** : 19 fautes sans un axe précis
2. **AO HRR** : 2 fautes dans les planches de dépistage
3. **PANEL D15 Farnsworth** : pas de fautes
4. **Panel désaturé de Lanthony** : 6 fautes de croisement
5. **Anomaloscope HMC de oculus** : Dr Van Verre
 - **Oeil droit** : le matching range est de 6 unités. Le quotient d'anomalie est 0.20.
 - **Oeil gauche** : le matching range est de 4.5 unités. quotient d'anomalie est 0.27
 - **Diagnostique** : **PROTANOMALIE**
6. **Lampe de Beyne** :

Pendant le test le candidat doit nommer 2x 10 signaux colorés. Avant le test il lui est expliqué qu'il va voir 5 couleurs qui sont régulièrement utilisées dans l'aviation soit rouge,orange,vert, bleu et blanc.

Copie pour :

Correspondant : Hedwig Van Verre
Med Cdt
Tel : 02/264.4540 ou 9-2820-4540
E-mail: hedwig.vanverre@mil.be



Hôpital Central de la Base Reine Astrid
Centre Médical d'Expertise

1, Rue Bruyn
1120 Bruxelles

SERIE 1 :

2 fautes. Le blanc est nommé 2x vert.

SERIE 2 :

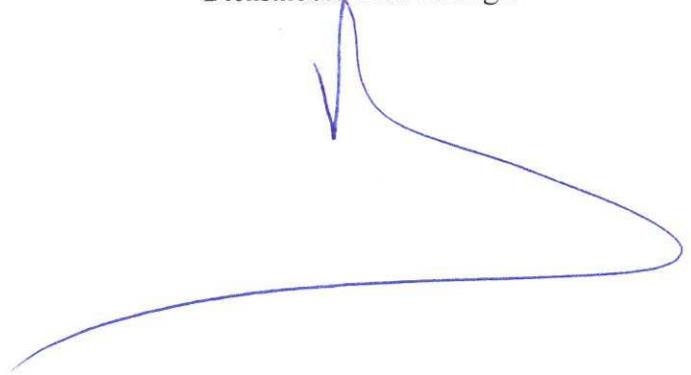
Pas de fautes

CONCLUSION :

Le candidat est protanomale. Il a fait la deuxième série de la lampe de Beyne sans fautes.

Colour safe.

Hedwig Van Verre
Med Cdt
Diensthoofd Oftalmologie

A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and curves, positioned below the printed name and title.



Made in Germany

HMC ANOMALOSKOP

Red/Green Color Vision

Name: Billard

First name: Sandra

Date of birth: 80/03/20

Anomaly Quotient(absolute matching range)

R 0.27 - 0.14

L _____ - _____

Remarks: _____

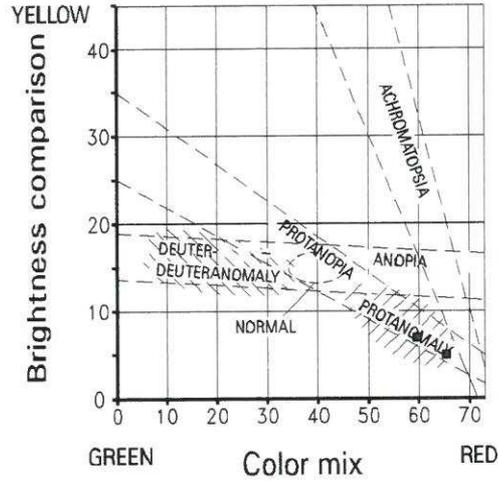
Matching range
(assumed equations from - to)

R 59.6 - 65.5

6.7 - 4.7

L _____ - _____

_____ - _____



Norm 34 - 46 / 15
Normal match 40 / 15

Standard examination
ABS = absolute matching range

Additional examination
REL = relative matching range (especially for acquired color vision deficiencies)

City, date: _____

Stamp, signature: _____

HMC ANOMALOSKOP

Red/Green Color Vision

Name: Billard

First name: Soudra

Date of birth: 80/03/20

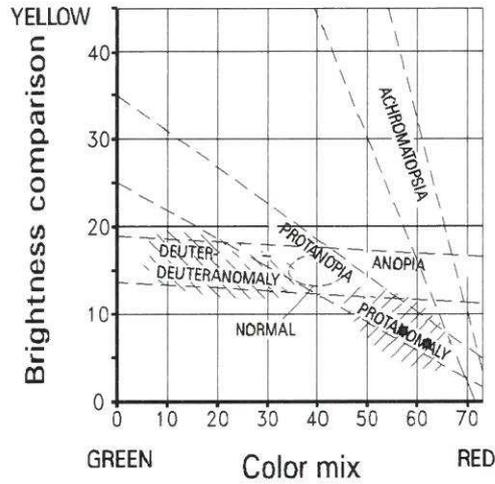
Anomaly Quotient(absolute matching range)

R _____ - _____
L 0.33 - 0.22

Remarks: _____

Matching range
(assumed equations from - to)

R _____ - _____
L 57.3 - 62
7.8 - 6.3



Norm 34 - 46 / 15
Normal match 40 / 15

- Standard examination
 ABS = absolute matching range
- Additional examination
 REL = relative matching range (especially for acquired color vision deficiencies)

City, date: _____

Stamp, signature: _____

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

SECRET MEDICAL

1) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique	Diastolique	Pulsations/min	Rythme
CL1-Initial	180 cm	80.6 kg	bruin	bruin	120	70	52	régulier(e)(s)

Examen clinique : Vérifiez chaque point

8) Tête, face, cou, cuir chevelu	normal(e)	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	normal(e)
9) Bouche, gorge, dents	normal(e)	(219) Anus, rectum	non effectué(e)
0) Nez, sinus	normal(e)	(220) Système génito-urinaire	non effectué(e)
1) Oreilles, tympans, mobilité tympanique	normal(e)	(221) Système endocrinien	normal(e)
2) Yeux - Orbites et annexes, champs visuel	normal(e)	(222) Membres supérieures et inférieures, articulations	normal(e)
3) Yeux - Pupilles et fond d'oeil	normal(e)	(223) Colonne vertébrale et musculosquelette	normal(e)
4) Yeux - Mobilité oculaire, nystagmus	normal(e)	(224) Neurologie - réflexes etc.	normal(e)
5) Poumons, thorax, seins	normal(e)	(225) Psychiatrie	normal(e)
6) Coeur	normal(e)	(226) Peau, marques d'identification, syst. lymphatique	normal(e)
7) Système vasculaire	normal(e)	(227) Etat général systémique	normal(e)

8) **Notes :** Décrivez chaque constatation d'anomalies.

Acuité visuelle

9) De loin à 5m /

Lunettes /
Contact

il droit	1,0	corrigé à	
il gauche	1,0	corrigé à	
vision binoculaire	1,0	corrigé à	

0) Intermédiaire rindaud 5 à 100 cm	Sans correction	Avec correction
	Oui / Non	Oui / Non

il droit		
il gauche		
vision binoculaire	oui	

1) De près rindaud 3 à 30-50 cm	Sans correction	Avec correction
	Oui / Non	Oui / Non

il droit		
il gauche		
vision binoculaire	oui	

2) Lunettes	(233) Lentilles de contact
non	non
Type :	

4) Audition	Oreille droite	Gauche
niveau de conversation à 2 m dos tourné vers l'examineur	oui	oui

35) Analyse d'urine	normal(e)		
glucose	Protéines	Sang	Autres
-	-	-	

8) **Commentaires, restriction, limitations :**

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Débit expiratoire : L/min	15.8 g/dl
FEV1/FVC = %	normal(e)

Rapports annexés

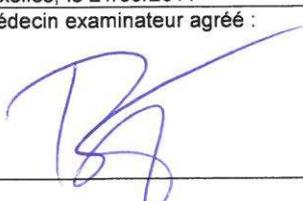
(238) ECG	normal(e)
(239) Audiogramme	normal(e)
(240) Ophtalmologie	dyschromatopsie --> NOH : protanomalie : colour safe
(241) ORL	normal(e)
(242) RX thorax	non effectué(e)
(243) Lipides sanguins	normal(e)
(244) Fonction respiratoire	normal(e)
(245) EEG	non effectué(e)
(246) Autres	

(247) Recommandation du médecin examinateur

Nom du demandeur : BILLARD Soundra
apte classe 1
Certificat délivré pour la classe 1

9) **Déclaration du médecin examinateur :**

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins examinateurs agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

10) Lieu et date : Bruxelles, le 21/09/2011	Nom et adresse de l'examineur : Dr Brigitte Szerer ECLG - CEMA Eurostation II - Square Victor Horta 40/10 1060 BRUSSELS	Cachet et numéro du médecin examinateur agréé : B AME 1010
Signature du médecin examinateur agréé : 	N° de téléphone : 02/524.76.18 N° de fax :	

détail sur le demandeur		(2) Classe du certificat médical sollicité :	classe 1
) Belgique		(4) Nom(s) antérieur(s) :	(12) Demande pour examen :
) Nom : BILLARD		(6) Date de naissance :	(7) Sexe :
) Prénoms : Soundra		20/03/1980	masculin
		(13) Numéro de référence :	

01) **Consentement à la transmission de renseignements médicaux** : Je soussigné autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et ses annexes au médecin examinateur en médecine aéronautique, à l'Autorité et, au besoin, à la Section de Médecine Aéronautique d'un autre Etat, connaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisées pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément au droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps.

date : 21/09/2011 Signature du demandeur : Signature du médecin examinateur (témoin) :

02) Catégorie d'examen	(403) Antécédents ORL :
initial (1)	

Examen clinique

vérifiez chaque point

04) Tête, face, cou, cuir chevelu	normal(e)
05) Cavité buccale, dents	normal(e)
06) Pharynx	normal(e)
07) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	normal(e)
08) Système vestibulaire, y compris Romberg	normal(e)
09) Elocution :	normal(e)
10) Sinus :	normal(e)
11) Conduits auditifs externes, tympans	normal(e)
12) Otoscopie pneumatique	normal(e)
13) Tympanométrie, y compris la manoeuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	normal(e)

Tests complémentaires (si indiqués)

14) Audiométrie vocale	non effectué(e)
15) Rhinoscopie postérieure	non effectué(e)
16) ENG, nystagmus spontané et positionnel	normal(e)
17) Epreuve calorique différentielle Epreuve vestibulaire rotatoire	normal(e)
18) Laryngoscopie directe ou indirecte	non effectué(e)

421) **Remarques et recommandations ORL** :

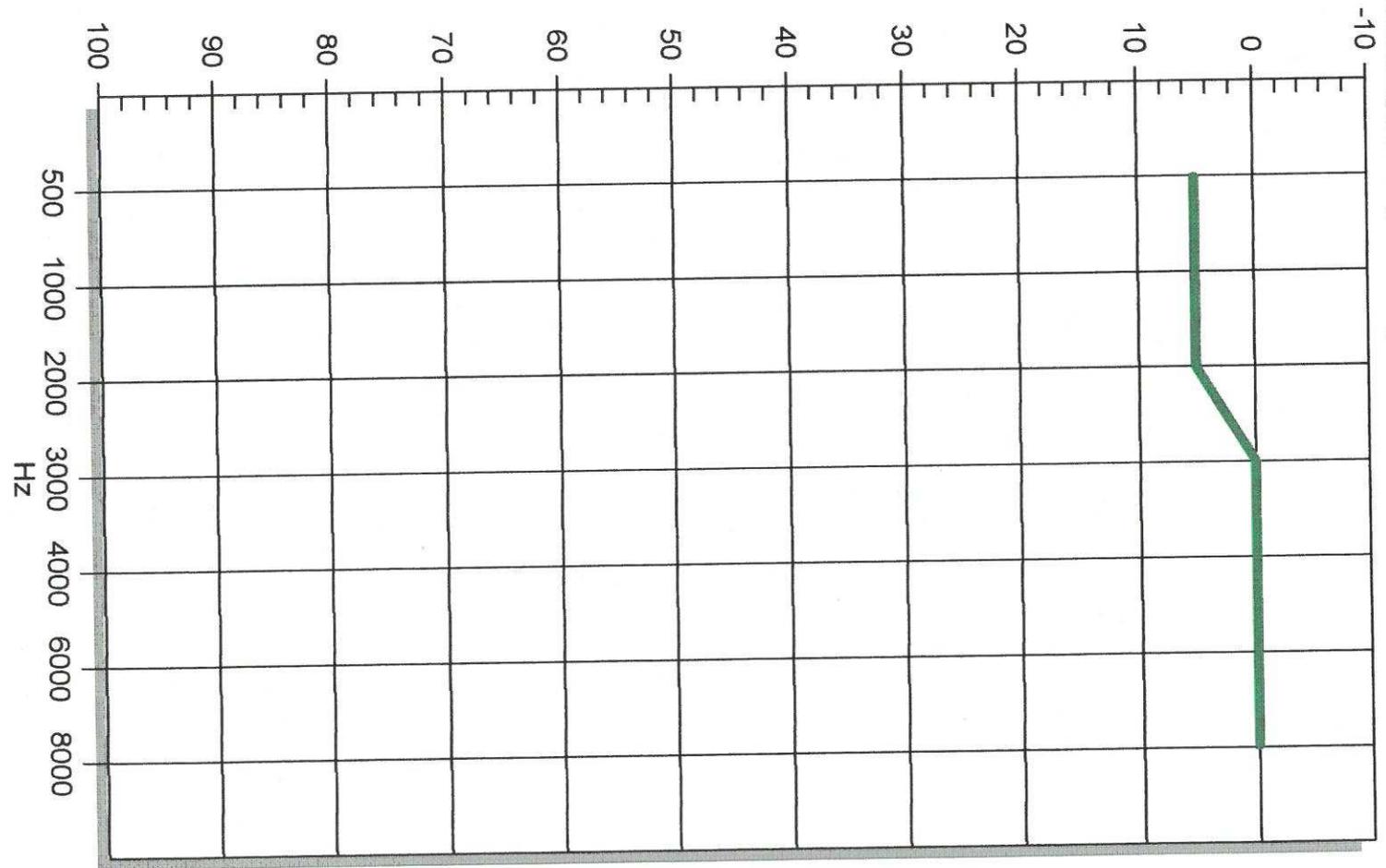
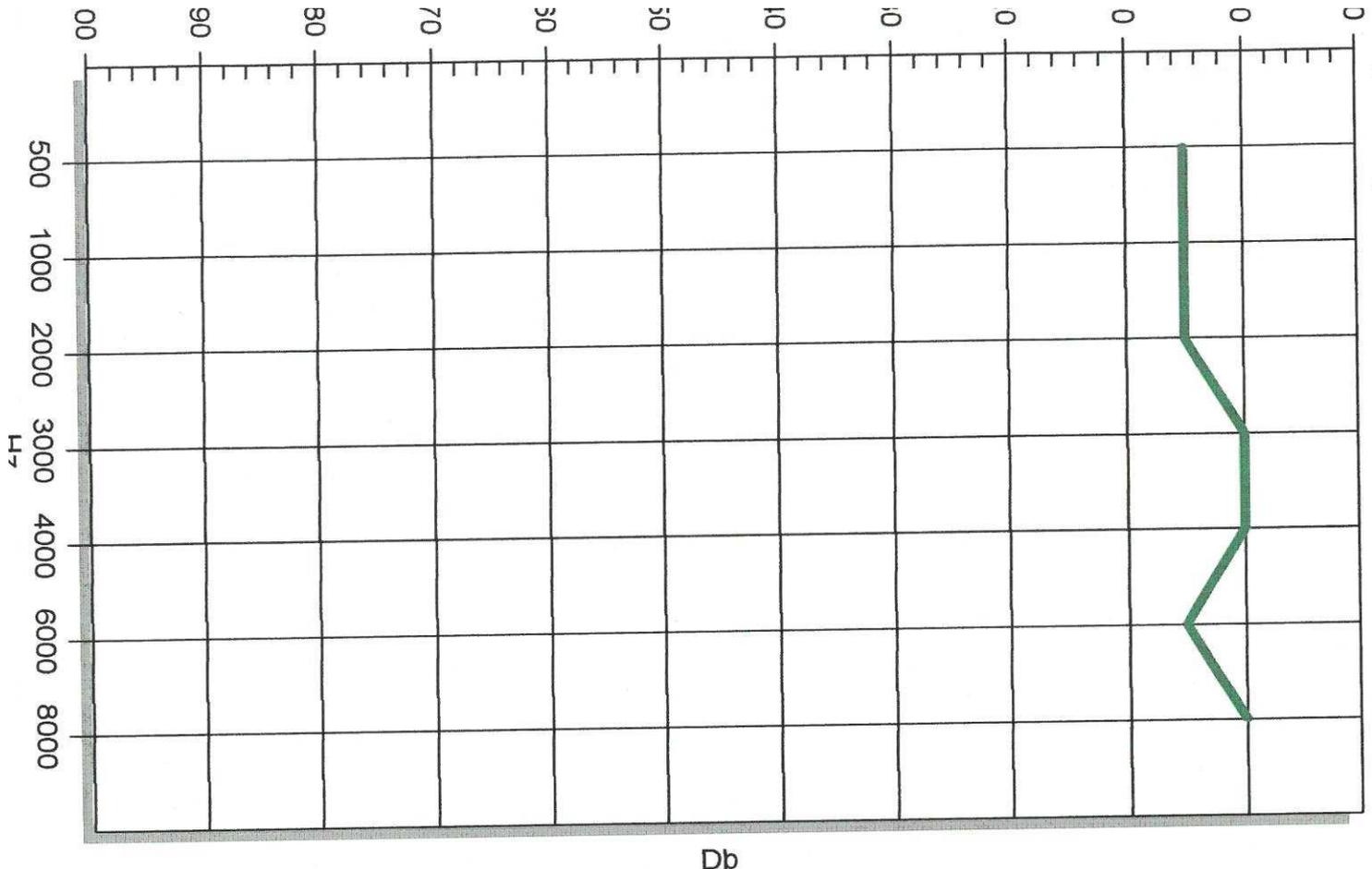
pte classe 1

422) **Déclaration du médecin examinateur** :

le soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins examinateurs agréés a 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.

250) Lieu et date :	Nom et adresse de l'examineur ORL agréé :	Cachet et numéro du spécialiste agréé :
BRUSSELS, 21/09/2011	Dr Marc-André Polet ECLG - CEMA Eurostation II - Square Victor Horta 40/10 1060 BRUSSELS	
Signature du médecin examinateur agréé :	N° de téléphone : 02/524.76.18 N° de fax :	

DR MARC-ANDRÉ POLET
ORL - NKO - ENT
CEMA / ECLG
1-56510-48-414



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

SECRET MEDICAL

détail sur le demandeur

Belgique	(2) Classe du certificat médical sollicité :	classe 1
Nom : BILLARD	(4) Nom(s) antérieur(s) :	(12) Demande pour examen
Prénoms : Soundra	(6) Date de naissance : 20/03/1980	(7) Sexe : masculin
Lieu et pays de naissance :	(9) Nationalité :	(13) Numéro de référence :
		(14) Type de licence désirée :

(1) Consentement à la transmission de renseignements médicaux : Je soussigné autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes au médecin examinateur en médecine aéronautique, à l'Autorité et, au besoin, à la Section de Médecine Aéronautique d'un autre Etat, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et viendront et demeureront la propriété de la SMA, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément au droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps.

Date : 21/09/2011 Signature du demandeur : Signature du médecin examinateur (témoin) :

(2) Catégorie d'examen	(303) Antécédents ophtalmologiques :
CL1-Initial	daltonisme

Examen clinique	Normal / Anormal
(4) Yeux, aspect externe & paupières	normal(e)
(5) Yeux, Extérieur (lampe à fente, ht.)	normal(e)
(6) Position et mobilité oculaire	normal(e)
(7) Champs visuels (confrontation)	normal(e)
(8) Réflexes pupillaires	normal(e)
(9) Fond de l'oeil (ophtalmoscopie)	normal(e)
(10) Convergence cm	normal(e)
(11) Accommodation D	normal(e)

(312) Equilibre de la musculature oculaire ext. (en dioptries prismatiques)

A la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
ortho	ortho
ophtalmopie : non	Phorie : non
réserve de réserve de fusion	normal(e)

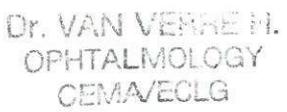
(13) Perception des couleurs	
lames pseudo-isochromatiques	Type : ISHIHARA
nombre de plaques : 17	Nombre d'erreurs : 7
Test approfondi de perception des couleurs indiqué : oui	
Méthode :	
répond à la norme de sécurité de la vision des couleurs : non	

(1) Remarques et recommandations ophtalmologiques :

la dystrophie maculaire : doit subir des examens approfondis de la vision des couleurs.

(2) Déclaration du médecin examinateur :

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins examinateurs agréés a 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.

(10) Lieu et date : BRUSSELS, 21/09/2011	Nom et adresse de l'examinateur ophtalmologiste agréé	Cachet et numéro du spécialiste agréé :
Signature du médecin examinateur agréé :	Dr Hedwig Van Verre ECLG - CEMA Eurostation II - Square Victor Horta 40/10 1060 BRUSSELS N° de téléphone : 02/524.76.18 N° de fax :	

Acuité visuelle

(314) Vision de loin à 5m / 6m			Lunettes / Contact
Oeil droit	1.0	corrigé à	
Oeil gauche	1.0	corrigé à	
Vision binoculaire	1.0	corrigé à	

(315) Vision intermédiaire à 1 m			Lunettes / Contact
Oeil droit	N14	corrigé à	
Oeil gauche	N14	corrigé à	
Vision binoculaire	N14	corrigé à	

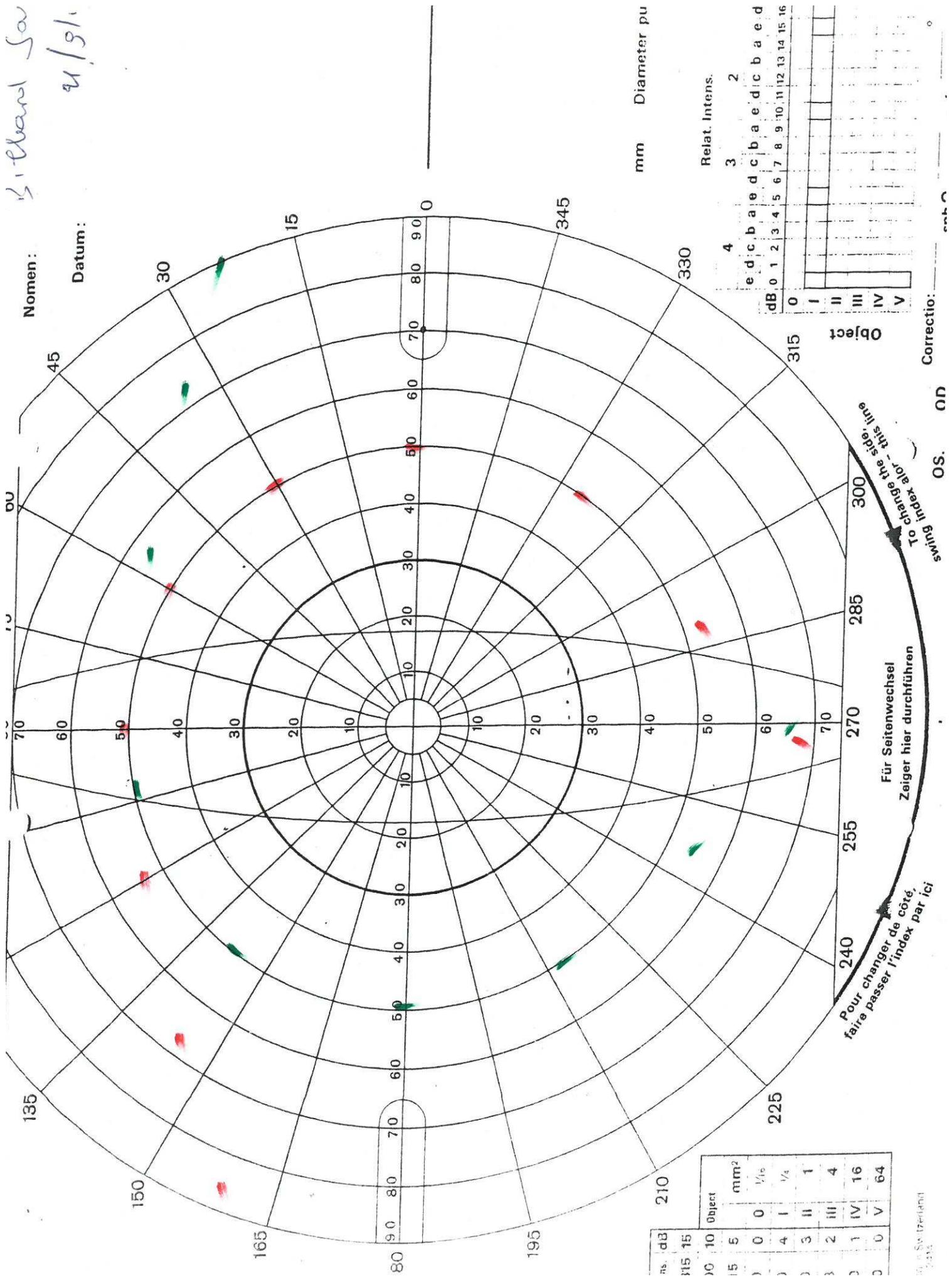
(316) Vision de près à 30-50 cm			Lunettes / Contact
Oeil droit	N5	corrigé à	
Oeil gauche	N5	corrigé à	
Vision binoculaire	N5	corrigé à	

(317) Réfraction	Sph.	Cylindre	Axe	De près-add
Oeil droit	0			0
Oeil gauche	0			0

Réfraction à examiner sous cycloplégie lors de l'examen initial si hypermétropie de plus de 2 dioptries.

(318) Lunettes	(319) Lentilles de contact
Type : non	Type : non
(320) Tension intra-oculaire	
Droite (mmHg) : 12	Gauche (mmHg) : 17
Méthode : NON CONTACT	
normal(e)	

Nomen: *Richard Sav*
 Datum: *21/9/11*



mm	Diameter pu
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

Relat. Intens.	Object
0	I
1	II
2	III
3	IV
4	V
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

ns. dB	Object
15	I
10	II
5	III
0	IV
	V

mm ²	1/10	1/4	1	4	16	64
0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16

BILLARD (PIL) Soundra

Rue Joseph Wauters 6 a
6041 GOSSSELIES

D.N. 20/03/1980 (Homme) 31 ans

Dr Rudy DESPEGHEL
Eurostation Building
Place Victor Horta 40/10 CH
1060 BRUXELLES

76720

Echantillon reçu le 21/09/2011
Edition du 21/09/2011
Page 1/2Protocole COMPLET

Référence 5914479/1

RÉSULTATS

VALEURS DE RÉFÉRENCE

RÉSULTATS ANTÉRIEURS

HEMATOLOGIE

Hémoglobine	15.8	g/dL	13.2 - 17.3
Hématocrite	44	%	39 - 49
Globules rouges	5.08	10E6/mm3	4.30 - 5.70
M.C.V.	87	fL	80 - 99
M.C.H.	31	pg	27 - 34
M.C.H.C.	35.7	g/dL	32.0 - 37.0
Globules blancs	6.2	1000/mm3	4.0 - 10.0
Plaquettes	256	1000/mm3	150 - 400

BIOCHIMIE GENERALE**Lipides - Risque cardio-vasculaire**

Cholestérol total	↗ 197	mg/dL	< 190
Triglycérides	↗ 164	mg/dL	< 150
Cholestérol HDL	44	mg/dL	40 - 115

Les valeurs reprises en regard des lipides NE SONT PAS des "valeurs de référence" de la population belge, mais des "OBJECTIFS A ATTEINDRE" repris dans les recommandations européennes et notamment celles du Belgian Lipid Club.

Cholestérol total/HDL	4.4		< 5.0
-----------------------	-----	--	-------

Glucides

Glycémie	83	mg/dL	70 - 100
----------	----	-------	----------

Fonction hépatique-enzymes

Gamma GT	30	U/L	< 73
GOT (AST)	22	U/L	< 40
GPT (ALT)	26	U/L	< 40

Protocole validé par : Ph.B. S.Njufom, Ph.B. P.De Mey

Confraternellement.

Equipe scientifique : Ph.B. B.Claude, Ph.B. P.De Mey, Dr. I.Deconinck, Dr. M.Depierreux, Dr. A.Hotimsky,
Ph.B. S.Njufom, Dr. C.Ryckaert, Ph.B. J.Vandewalle - Dir.Sc. G.Janssens.

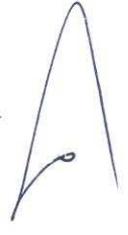
Le caractère ► est imprimé en regard d'un nouveau résultat. Le rapport d'analyses ne peut être partiellement reproduit.

RYTHME SINUSAL

Fréq 52
 PR 148
 QRSd 95
 QT 416
 QTc 387

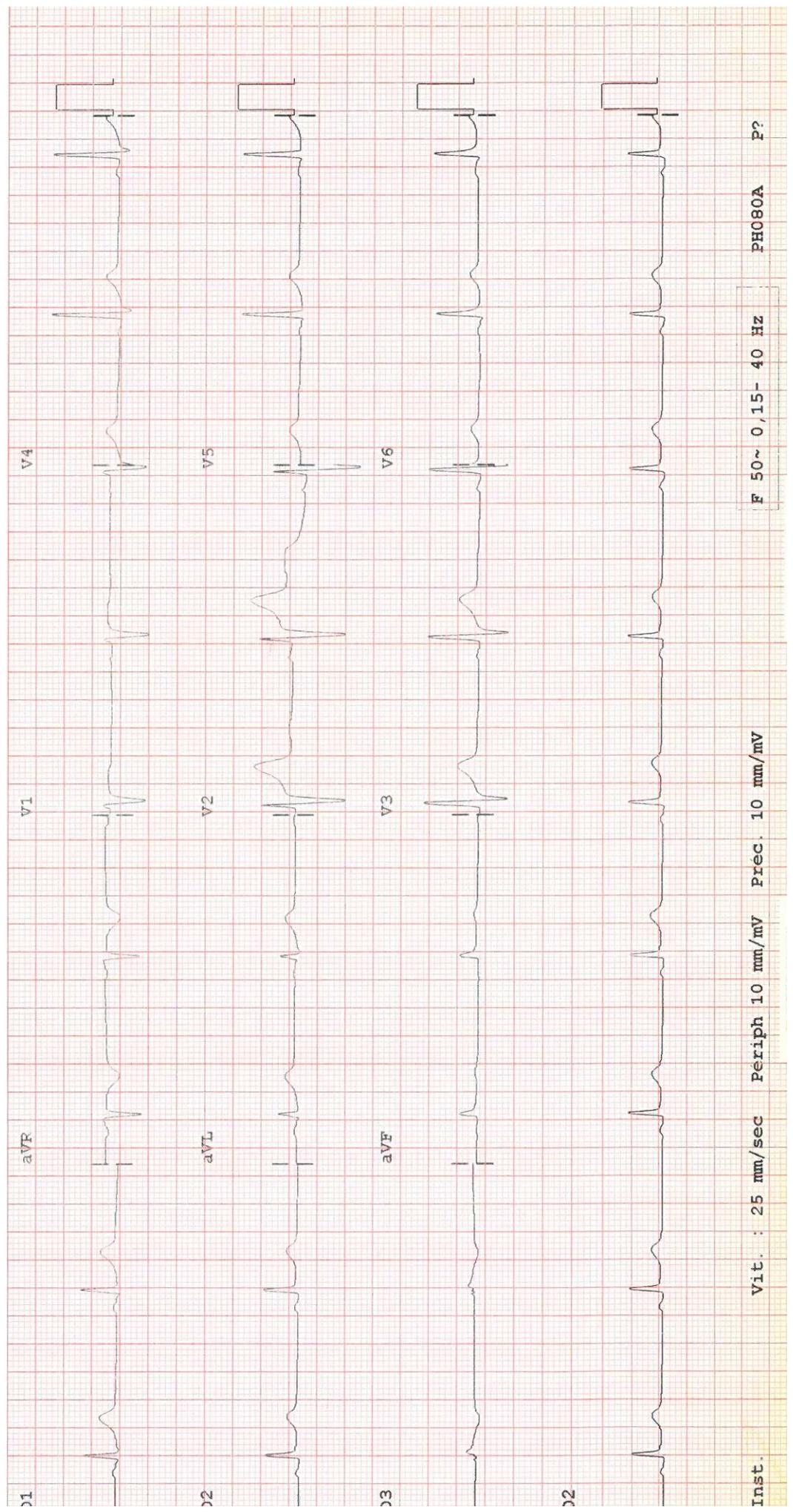
--AXES--
 P 15
 QRS 42
 T 15

*Proably conduction abnormality
 - Trace normal*



- ECG NORMAL -

Diagnostic non valide



Inst. PH080A P?
 F 50~ 0,15- 40 Hz

Vit. : 25 mm/sec Périph 10 mm/mv Préc. 10 mm/mv

Graphe Patient : Billard

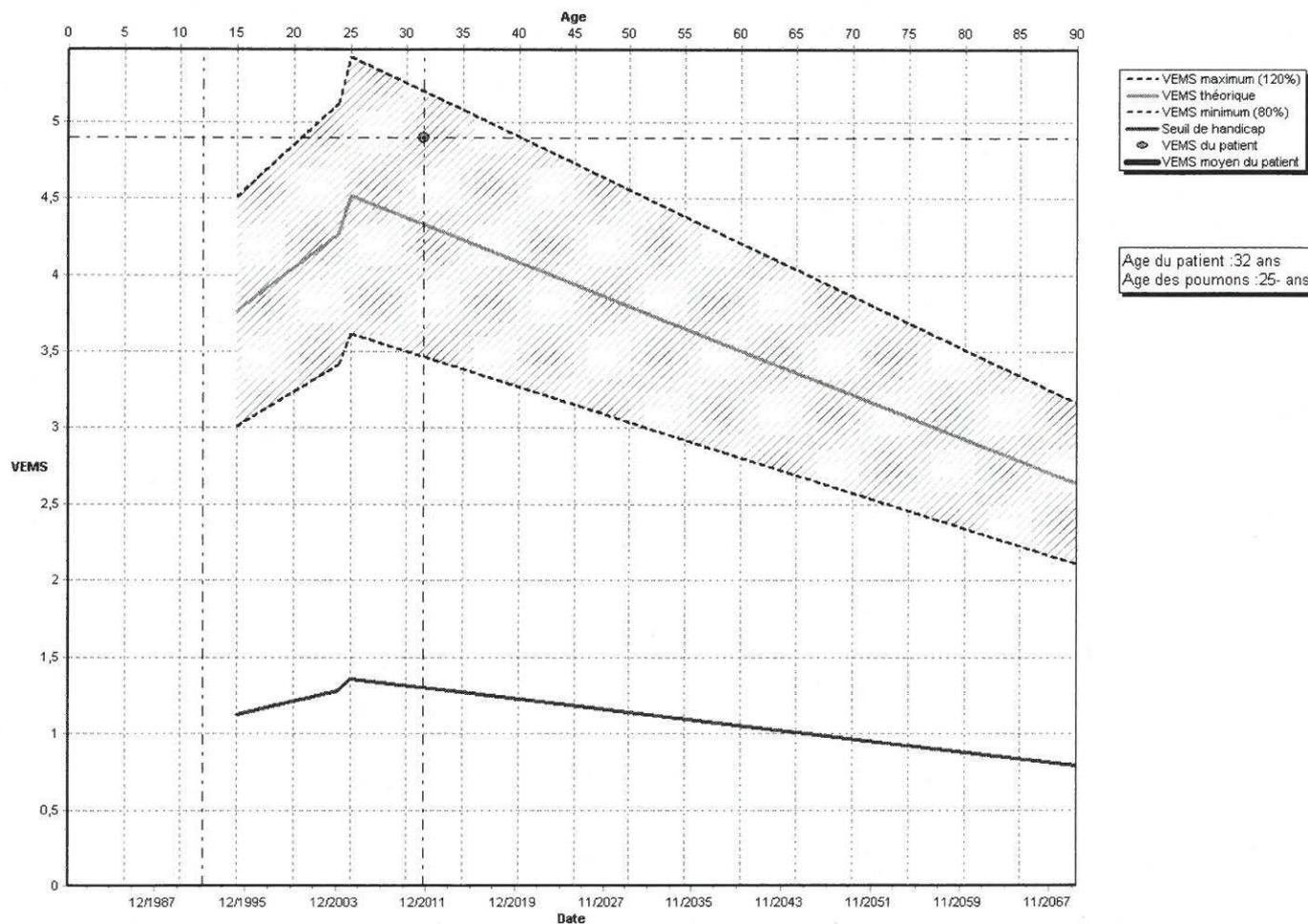
p 1/1

Imprimé le 21/09/2011 11:19:32

Nom **Billard**
 Prénom **Soundra**
 N° dossier **#876**
 Informations **Homme, 31 Ans, 180 cm, 80 kg**

	Significatif	Prédite	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	Tendance
DEP (l/min)	1	592	660	660	660	0	0
VEMS (l)	1	4,35	4,90	4,90	4,90	0,00	0
CVF (l)	1	5,22	5,80	5,80	5,80	0,00	0
Ratio (%)	1	82	84	84	84	0	0

Sélection du 21/09/2011 au 21/09/2011

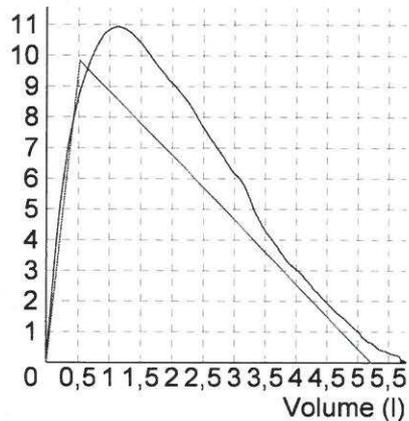


Nom	Billard
Prénom	Soundra
N° dossier	#876
Informations	Homme, 31 Ans, 180 cm, 80 kg

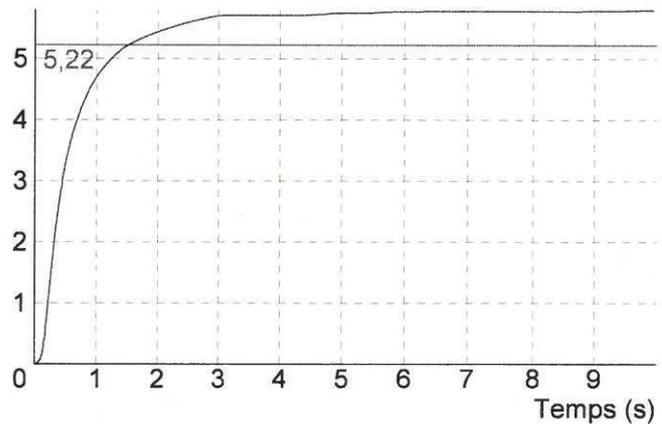
Date et heure du souffle	Reproductibilité du souffle	Type OneFlow
21/09/2011 11:19:14	Non	One Flow FVC N° 1253

	Pred	C1	C1 (% Pred)	C2	C2 (% Pred)	C3	C3 (% Pred)	Var
DEP (l/min)	592	660	111%					-
VEMS (l)	4,35	4,90	113%					-
CVF (l)	5,22	5,80	111%					-
Ratio (%)	82	84	102%					-
DEM 25 75 (l/sec)	4,85	5,15	107%					-
Meilleure Courbe		X						

Débit (l/sec)



Volume (l)



Traitement de la BPCO selon les recommandations GOLD 2005

Date de la mesure : 21/09/2011 11:19:14 [PRE]

Stade selon GOLD : Pas de BPCO

Traitement recommandé selon GOLD :

Elimination des facteurs de risque ; vaccination contre la grippe

conditions enonces c-dessous.
 De houder van dit Medisch Attest is gerechtigd de voorrecht
 oeten van de bijhorende JAA vliegvergunning onder voo
 van de beperkingen en voorwaarden hieronder vermeld.
 The holder of this Medical Certificate is entitled to exer
 privileges of the related JAA flight crew licence subject
 limitations or conditions listed below.

XIII Limitations ou conditions
 Beperkingen of voorwaarden
 Limitations or conditions

Expiry date of previous medical certificate	
dd	mm
* comm. single-pilot with pax.	

Date du Datum van Date of	Dernier Laatste Last (dd / mm / yyyy)	Prochain Volgende Next (dd / mm / yyyy)
Examen médical Medisch onderzoek Medical examination	21.09.2011	21.09.2012
Electrocardiogram(me) ECG	21.09.2011	21.09.2013
Audiogram(me) Audiometry	21.09.2011	21.09.2016
Ex. Ophtalmologique (si requis) Oftalmologisch ond. (wanneer vereist) Ophthalmology (when required)	21.09.2011	

Medical certificate class - CPL/ATPL :			
IX Valide jusqu'à Geldig tot Valid until	dd	mm	yyyy
	21	09	2012
- Comm. single-pilot with pax :			
Date de l'examen médical Datum van het geneeskundige onderzoek Date of medical examination	dd	mm	yyyy
	21	09	2011
X Date de délivrance Datum van uitreiking Date of issue	dd	mm	yyyy
	20	10	2011
Signature du médecin responsable Handtekening van de verantwoordelijke geneesheer Signature of issuing medical officer			
XI Cachet avec numéro agrément Stempel met erkeningsnummer Stamp with certification number			
* Single-pilot commercial air transport operations carrying passengers (JAR-FCL 3.105)			

licence / Nr. van vergunning / Licence number	
et prénom du détenteur / Naam en voornaam ouder / Last and first name of holder	LEARD SONDRA
de naissance / Geboortedatum / Date of birth	20.03.1980
ise / Adres / Address	JOSEPH WAUTERS 6041 GOSSELIE CHARLEROI
nalité / Nationaliteit / Nationality	FRANCE
ture du détenteur / Handtekening van houder / Signature of holder	[Signature]