

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:	
(3) Nom : GUEYE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : Abdourahmane		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR - SENEGAL	(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 01/03/1935	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : CPL - A
(10) Adresse permanente : 499 AVENUE NAUTICE BELLONTE 66000 PAPIGNAN Pays : FRANCE N° de téléphone : 0678862552 Courriel : RAHOUDS@HOTMAIL.FR	(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : Pilote	(16) Employeur : MINISTERE DES FORCES ARMÉES - SENEGAL
(18) Licence(s) de vol possédée(s)	(11) Adresse postale : (si différente)	(17) Dernier examen médical : 14/04/2022	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :
types : CPL IRNFISE Numéro de licence : SN-CPLA-0028-16118092 Pays de délivrance : SENEGAL	(17) Date : Lieu : TOULOUSE	(21) Nombre total d'heures de vol : 470	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 103
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____	(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP - NEP	(25) Type de vol envisagé : INSTRUCTEUR	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités	(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : _____ Oui <input type="checkbox"/> 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	Oui	Non			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralytic, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergic/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Excmpté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	A remplir uniquement pour les femmes		
								(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarques : **M&TCPL & loge de sa. 130. Traitement topique par ATB il y a 2 ans**

(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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 impliqués dans le but d'obtenir une évaluation médico-technique ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces données sont stockées électroniquement pour compléter une évaluation médicale et deviendront à l'entière 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(e) et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'AR.MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A/135 (b) (2) (b) / (10) ainsi qu'aux associations médicales des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'AR.MED.150 (c) (4).

Date : **11/04/2023** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 

Dr J.-Y. LAFAILLE
Médecine générale
CHM TB-F-05



GUEYE
 ABDOURAHMANE
 Né(e) le : 01/03/1995 **19886**
 DAKAR

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL
 (ce formulaire pour demande de certificat médical)
IL FAUT UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

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

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 61,1 kg	(204) Yeux couleur marrons	(205) Cheveux couleur bruns	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 120 Diastolique 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 71 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"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compli. tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
 28 ans. Pilote Avion Suspendu Ne pas voler sans infirmier (Cap. lein)
 tabac = 0 alcool = 0 Real = 0 Sport = CAP Sport co (2/1/1)

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
 (229) (de loin à 5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	10	Corrigée à	
Ceil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire		sans correction		avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil 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		sans correction		avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil 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		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Ceil droit				
Ceil gauche				

(2313) Perception des couleurs Normale Anormale
 Tables pseudo-iso-chromatiques 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 réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
 226. cicatrice front. TPC Avic à l'âge de 5 ans
 Apte classe 1 → 14/04/2024

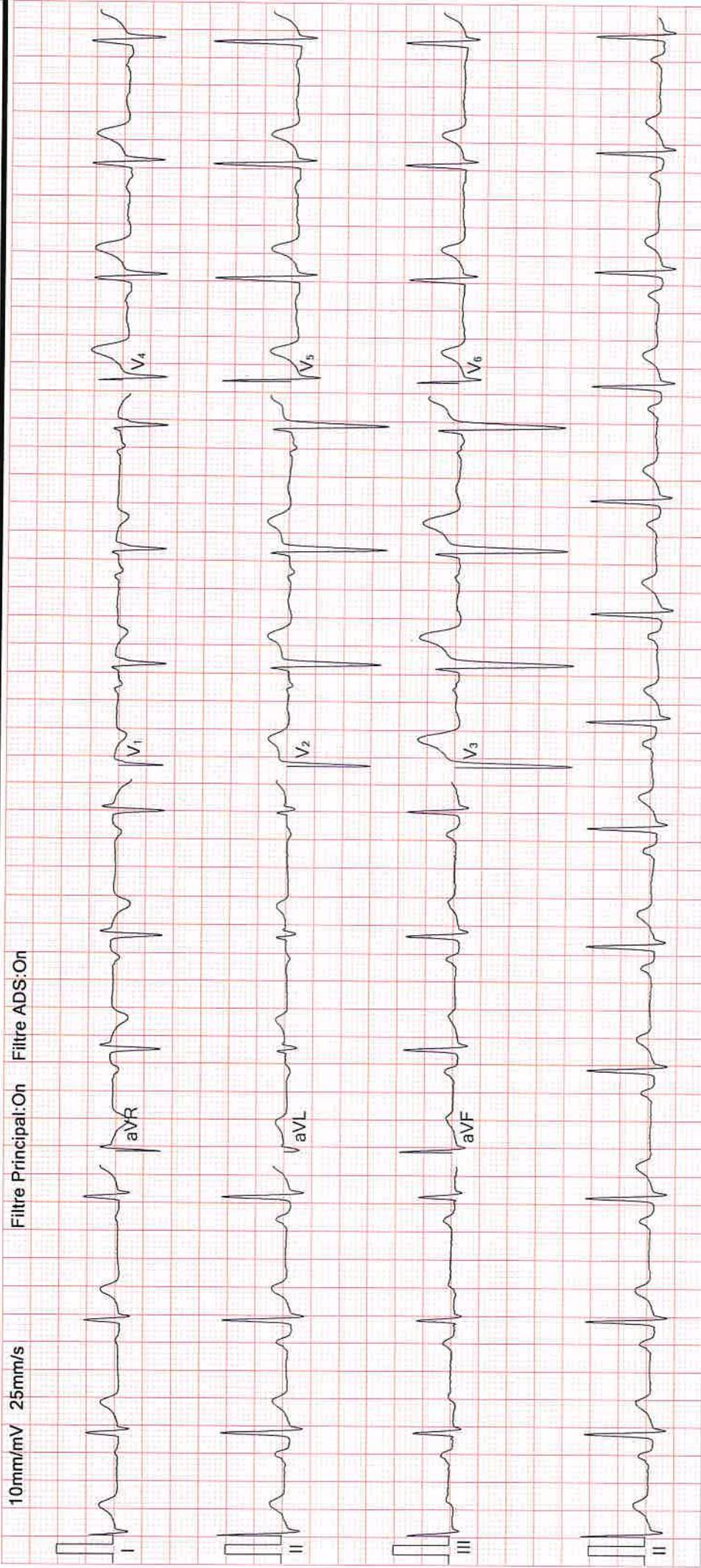
(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date et lieu : 14/04/2023 Toulon Alpes	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : Telephone : E-mail :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr Jy. LAFAILLE Médecin chef. Fra AeMC - 05 Numéro d'AME :
---	---	--

ECG

CEMATB

NOM: Abdourahmane Gueye ID: 19886 Genre: Homme Age: 28 DOB: 03-01-1995 Date of Test: 04-11-2023 09:46
Case #: Investigation #: Médecin Référent: Pauline Cansot



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	343 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	378 ms
FC :	73 bpm	Axe P :	81.5°
Durée P :	111 ms	Axe QRS :	62.2°
Durée QRS :	89 ms	Axe T :	32.6°
Durée T :	224 ms	RV5/SV1 :	1.52/0.83mV
PQ Interval :	180 ms	RV5+SV1 :	2.35mV

Suggestion :

Vu
Dr. J.-Y. LAFAYILLE
Médecin Généraliste
CEMATB-F-05

Signature Médecin:

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:									
(3) Nom : GUEYE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>									
(5) Prénom(s) : Abdourahmane		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation								
(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 01/03/1995	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : CPL - A									
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR - SENEGAL	(9) Nationalité : SENEGALAISE	(15) Profession (principale) : Pilote									
(10) Adresse permanente : 495 AVENUE NAURICE BELLONTE 66000 PAPIGNAN Pays : FRANCE N° de téléphone : 0678 86 25 52 Courriel : RAHOU 95 @ HOTMAIL . FR	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(16) Employeur : MINISTERE DES FORCES ARMÉES - SENEGAL									
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(17) Dernier examen médical : 14/04/2022 Date : Lieu : TOULOUSE									
<table border="1"> <tr> <td>CPL</td> <td>IRNEISE</td> <td>SN-CPLA-0028-16112022</td> <td>SENEGAL</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		CPL	IRNEISE	SN-CPLA-0028-16112022	SENEGAL					(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
CPL	IRNEISE	SN-CPLA-0028-16112022	SENEGAL								
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : 470									
Détails :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 103									
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : SEP - NEP									
Détails :		(25) Type de vol envisagé : INSTRUCTEUR									
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>									
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :									

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

(30) Remarques :

MBT CPC a l'age de sa...

*130. Traitement long...
par ATB il y a 2...*

(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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES. 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 médico-aérienne 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 devenir l'objet 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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : **11/04/2023**

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

D. J. Y. LAFAILLE
Médecine générale
Généraliste F-05

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(ce formulaire pour demande de certificat médical)

IL FAUT UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

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

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 41,1 kg 73,3 kg	(204) Yeux couleur marrons	(205) Cheveux couleur bruns	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique Diastolique 120 76	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) Rythme 71 <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"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

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

28 ans. Pilote Avion Régulier Nein sans enfant.
(Cap. lein)

tobac = 0
alcool = 0
Real = 0
Sport : CAP (2/1/2013)
Sport co (2/1/2013)

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	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	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		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques	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 réalisé)		
	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

(236) Fonction respiratoire			(237) Hémoglobine		
VEMS/CV	%	Peak Flow (l/min)	14,5	(g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
226. existence fnd. TPC Avic à l'âge de 5 ans
Apte classe 1 → 16/06/2024

(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 : 14/04/2023
et lieu : Touba Dakar

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
Fax :
Telephone : E-mail :

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature :
Dr Jy. LAFAILLE
Médecine générale
Fra AeMC - 05

Numéro d'AME :
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
-----------	-------------	--------	--------

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	16/06/23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input 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) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : APTE

Nom : Dr J-Y LAFAILLE
Signature : Médecine générale
CEMA TB-F-05

(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 :

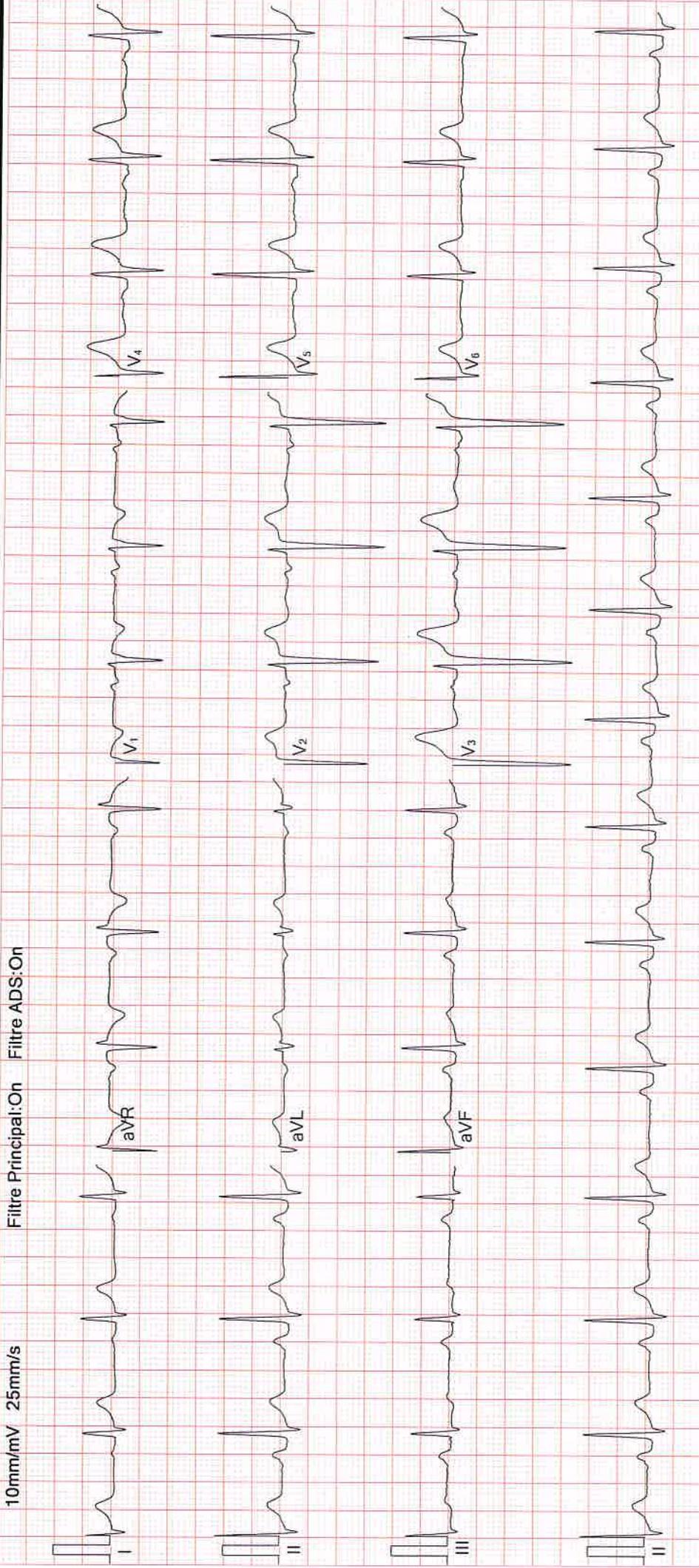
> Renvoi/concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
Décision N° du
Libellé :

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

ECG

CEMATB

NOM: Abdourahmane Gueye ID : 19886 Genre : Homme Age : 28 DOB : 03-01-1995 Date of Test : 04-11-2023 09:46
 Case #: Investigation #: Médecin Référent: Pauline Cansot



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	343 ms
Durée Echantillon :	14 s	Intervalle QTc :	378 ms
FC :	73 bpm	Axe P :	81.5°
Durée P :	111 ms	Axe QRS :	62.2°
Durée QRS :	89 ms	Axe T :	32.6°
Durée T :	224 ms	RV5/SV1:	1.52/0.83mV
PQ Interval :	180 ms	RV5+SV1:	2.35mV

Suggestion :

Vc
 Dr. J.-Y. LAFAYLLE
 Médecin Généraliste
 CEMA TB-F-05

Signature Médecin:

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>													
(3) Nom : GUEYE		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prolongation													
(5) Prénom(s) : ABDOURAHMANE		(6) Date de naissance (JJMMAAAA) : 01/03/1995		(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>													
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR, SENEGAL		(9) Nationalité : SÉNÉGALAISE		(14) Type de licence désirée :													
(10) Adresse permanente : 499, AVENUE MAURICE BELLONTE, 66000. PERPIGNAN. Pays : FRANCE. N° de téléphone : 0678862952. Courriel : RAHOU95@HOTMAIL.FR		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : PILOTE													
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(16) Employeur : MINISTÈRE DES FORCES ARMEES SENEGAL		(17) Dernier examen médical : Date : 16/03/2021. Lieu : DAKAR													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		types	Numéro de licence	Pays de délivrance										(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :		(21) Nombre total d'heures de vol : 367	
types	Numéro de licence	Pays de délivrance															
(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 <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 145		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : CLASSE B													
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :		(25) Type de vol envisagé : INSTRUCTION		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>													
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:		(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> 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		Oui	Non			
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux					
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					A remplir uniquement pour les femmes							
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						

(30) Remarques :

128 = cicatrice blessure front. (TC PC) Avp a l'age de 5 ans sans sequelles.

(31) Déclaration de souscription: 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 fautive 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 au titre du droit national. CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES: 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 AMP sans qu'aucun professionnel de santé présents dans le lieu d'obtention une évaluation sera médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissance que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et devrondont et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence à condition que moi-même ou mon médecin puisse à 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'article 150) peuvent être stockées électroniquement et mise à la disposition de mon AMP afin de fournir les données historiques requises dans le MF) A-095 (01-21-10) (10) ainsi qu'aux assureurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'évaluation de l'article 150 (2) (4).

Date : 14/04/2022 Signature du demandeur : Signature du médecin aéronautique : Dr J.P. Pouderoix

N° 03216
CEMA TB - 05

GUEYE
 ABDOURAHMANE
 Né(e) le : 01/03/1995 **19886**
 DAKAR



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 <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 72,2 kg	(204) Yeux couleur Marron	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique: 140 Diastolique: 80		(207) Pouls au repos 72

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"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" 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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
 27 ans Pâte Nitrate TB 30. insubite Noire sans apt. / tabac élevé / Red / Spat. / CAP. / Attrib. / 12/4/2023
 toujours régulier

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	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction
 N14 lu à 100cm
 Œil droit
 Œil gauche
 Vision binoculaire

(231) de près sans correction avec correction
 N5 lu à 30 - 50cm
 Œil droit
 Œil gauche
 Vision binoculaire

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

(233) Lentilles de contact Oui Non
 Type :

(313) Perception des couleurs Normale Anormale
 Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIIHARA
 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 Oui Non

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine
 VEMS/CV 30 % Peak Flow (l/min) 142 (g/dl)
 Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

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

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	16 04 22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	14 04 22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	14 04 22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	16 04 22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	14 04 22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	14 04 22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers (Sujet?)	<input type="checkbox"/>	14 04 2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **APTE CEMATR** Nom : Dr J-P Poudereux
 Signature : Médicine Aéronautique N° 03516
 CEMA TB - 05

(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
 Libellé :

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

(248) Commentaires, limitations :
 Apte classe 1 → 16/04/2023

(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 : 14/04/2022 et lieu : Toulon
 Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :
 Cachel du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : Dr JY LAFAILLE
 Médicin Chef :
 Fia - AeMC 05
 Numéro d'AME :
 Réf Rapport examen médical 03.09.2019

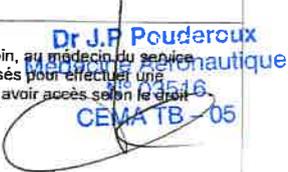
RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA		
(3) N° GUEYE ABDOURAHMANE	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation	
(5) Pr Né(e) le : 01/03/1995 19886 DAKAR	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	(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: 14/04/2022 Signature du demandeur:  Signature du médecin examinateur (AME): 

Dr J.P. Poudercoux
Médecine Aéronautique
N° 03516
CEMA TB - 05

(402) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents ORL:
---	------------------------

Examen clinique:
Cocher chaque item

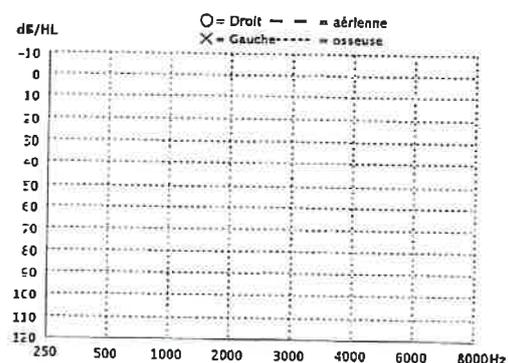
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx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

Tests supplémentaires (si indiqués)	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Rhinoscopie postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Épreuve calorique différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(-19) Audiométrie tonale

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	0	5		
500	0	5		
1000	0	5		
2000	0	5		
3000	0	5		
4000	0	5		
6000	0	5		
8000	0	5		

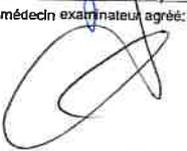
(-20) Audiogramme



(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: <u>Toulon Bld</u> <u>le 14/04/2022</u>	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules): Dr J.P. Poudercoux Médecine Aéronautique N° 03516 CEMA TB - 05	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste: Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apté <input type="checkbox"/> Inapte
Signature du médecin examinateur agréé: 	E-mail: Telephone No: Fax No:	



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

AeMC U.E.F. 05
CEMA TB

Opérateur : _____

GUEYE

Patient: _____

ABDOURAHMANE

N du Patient: _____

Né(e) le: 01/03/1995 **19886**

DAKAR

Date: 14-Avr-2022

Heure 10:19

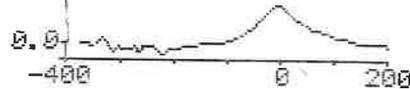
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 0.90 ml 3.0 ml
UCA2: ---- ml
POM1: 0 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 1.02 ml 3.0 ml
UCA2: ---- ml
POM1: -5 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée : <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom usuel : GUEYE ABDOURAHMANE	(4) Nom de naissance :
(5) Prénom(s) : Né(e) le : 01/03/1995 19886 DAKAR	(6) Date de naissance: (7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> 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: **14/04/2022** Signature du demandeur: **CA**

Signature du médecin examinateur (AME) :

Dr J.-Y. LAPAILLE
Médecin généraliste
CEMA TB-F-05

(302) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques: φ
---	---

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	7 cm	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	0°	Ortho	0°
Eso		Eso	
Exo		Exo	
Hyper	=	Hyper	=
Cyclo	=	Cyclo	=
Tropie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Phorie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Épreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectué <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 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:

(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: Podgorice, 14/4/22	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules): Dr Christian HIRSCH-HOFFMANN Ophtalmologiste CEMA - TB	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: [Signature]	E-mail: Téléphone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Acuité visuelle le:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction	Corrigé à	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	Corrigé à	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

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction	Corrigé à	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

(317) Réfraction

Sous cycloplegie

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+0.75	-0.5	80	
Œil gauche	+1.0	-0.75	100	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes

Oui Non
Type: **4**

(319) Lentilles de contact

Oui Non
Type: **4**

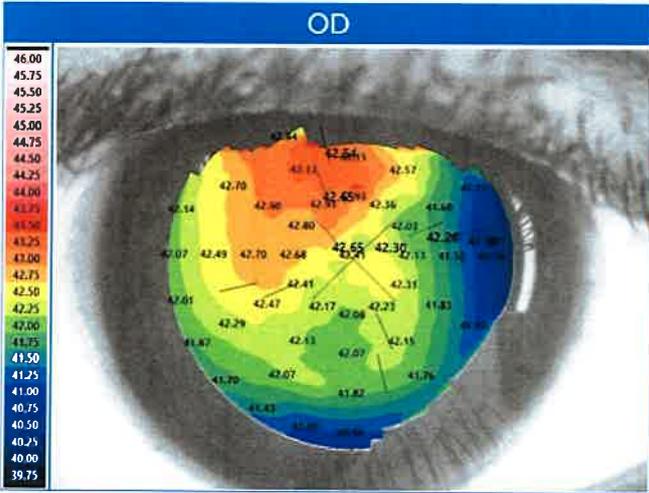
(320) Tension intra-oculaire

Droit 14 mmHg	Gauche 15 mmHg
----------------------	-----------------------

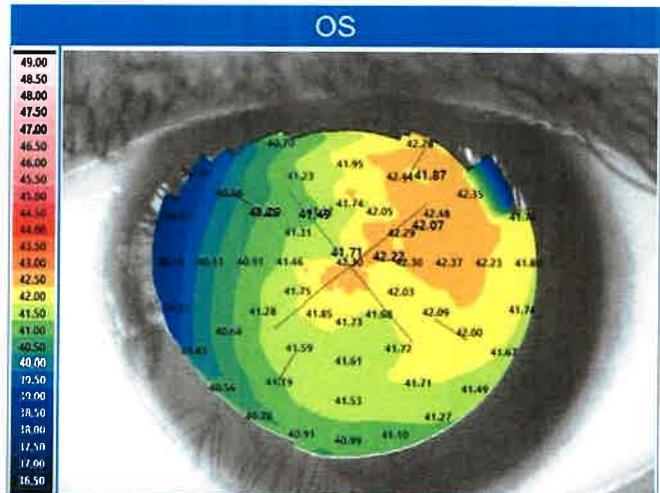
Méthode: **a au**
 Normal Anormal

Information Patient

Patient	GUEYE Abdourahmane	Sexe	M
Patient ID	GUEAbd19950301	Date d'Examen	14/04/2022 10:14:39
Date de Naissance	01/03/1995		

MAPPE


D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
42.30 @ 44°	42.26 @ 23°	41.89 @ 14°
42.65 @ 134°	42.65 @ 113°	42.54 @ 104°
-0.35D ax44°	-0.39D ax23°	-0.65D ax14°

3 mm	5 mm	7 mm
41.71 @ 129°	41.49 @ 130°	41.29 @ 148°
42.22 @ 39°	42.07 @ 40°	41.87 @ 58°
-0.50D ax129°	-0.58D ax130°	-0.58D ax148°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.32 mm	Y= -0.38 mm
Diamètre	12.65 mm	
Décentration Pupille	H= -0.36 mm	V= -0.25 mm
Diamètre Pupille Moyen	2.90 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 42.46 D / 3mm: 42.45 D	

Décentration Cornée	X= 0.39 mm	Y= -0.11 mm
Diamètre	12.99 mm	
Décentration Pupille	H= 0.03 mm	V= -0.06 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.19 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 41.94 D / 3mm: 42.03 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
44.57 D	0.96 D/mm	-0.72 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
43.83 D	0.89 D/mm	-0.48 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.51 D	SAI = 0.34 D	e = 0.30	42.41 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.60 D	SAI = 0.36 D	e = 0.28	42.16 D

Annotations

Patient: **GUEYE, Abdourahmane**

Date de naissance: **01/03/1995**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **19886**

Haag-Streit Diagnostics AG

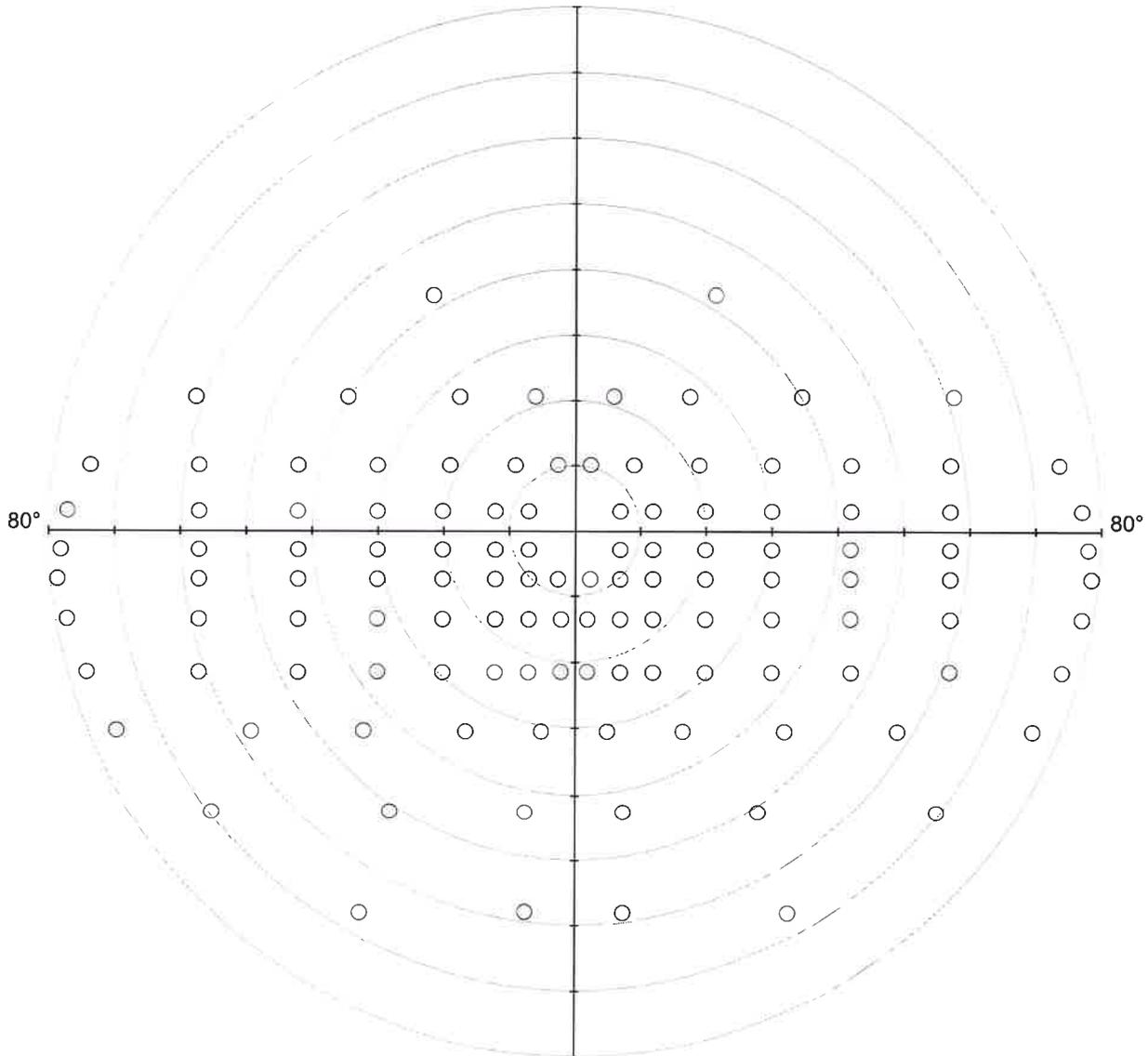
OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation: **Arrêt**
Cible de fixation: **Croix**
Pertes de fixation: **n/a**
Erreurs faux POS: **0/5**
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: **14/04/2022**
Heure: **10:00**
Âge: **27**



Score Esterman: **100**

○ Point vu: **120/120**

■ Point non vu: **0/120**

△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

GUEYE

ABDOURAHMANE

ats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

Né(e) le : 01/03/1995 **19886**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

DAKAR

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 psychologiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

*Deja flote militaire arrivée Sénégal
+ B 30. Imbrication
etc*

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC? *22*

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
aNie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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) ?

Visite pour admission EASA - pas motivé.

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: *14 04 22*

Signature :

Dr. J.P. Pouteroux
Médecine Aéronautique
N° 03516

CEMA TB - 05

Rapport EC

GUEYE
ABDOURAHMANE

Né(e) le : 01/03/1995 **19886**
DAKAR

Masculin

N° de salle :

Département :

FC : 78bpm
P : 119ms
FP : 180ms
QRS : 89ms
QT/QTc : 360/411ms
P/QRS/T : 81/78/46deg.
RV5/SV1 : 1.597/1.237mV

ambul.ID :

Nom infos diagn.:

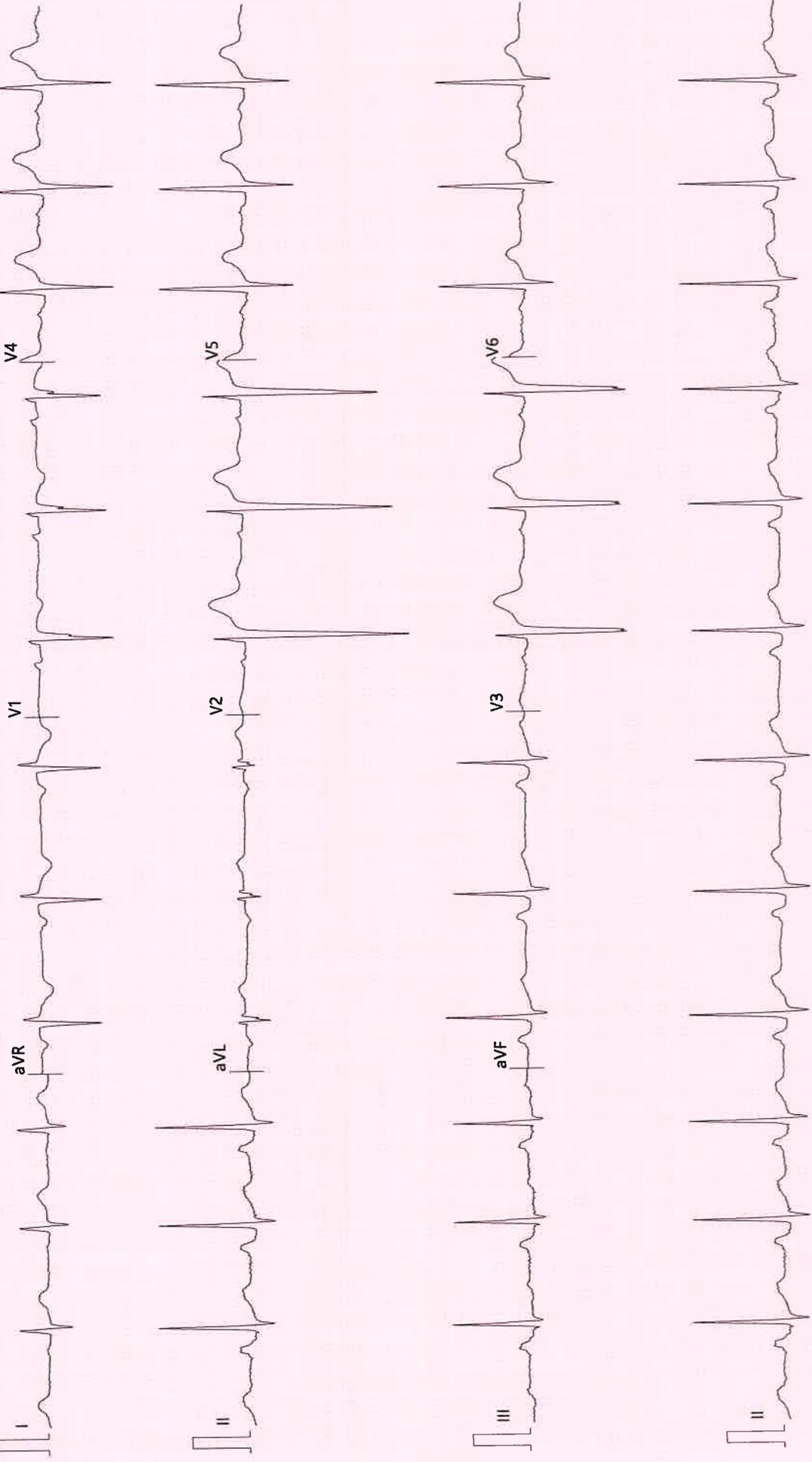
Arythmie de sinus

Dr J.P. Poudelcux
Médecine Aéronautique
N° 06516
CEMA TB - 05

Rapp. confirmé par:

25mm/s

10mm/mV





CEMPN - CEMA
AEROPORT DE TOULOUSE BLAGNAC
CS 60030
31701 BLAGNAC CEDEX

Demande : Dr JOURDAN PIERRE

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

Patient : M. GUEYE ABDOURAHMANE

Né(e) le 01.03.1995

Dossier N° 0121040003 - 00 reçu le 12.04.2022 à 14:09

Prélevé le 14.04.2022 à 08:00

Edité le 14.04.2022 à 10:21

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	6,0	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	4,76	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	14,2	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	43,4	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	91,1	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	32,7	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	12,8	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	34,2 % soit	2,05	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	1,9 % soit	0,11	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,4 % soit	0,02	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	50,7 % soit	3,04	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	12,8 % soit	0,77	G/L	N: 0,20 à 0,80

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	287,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
	8,3	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. GUEYE ABDOURAHMANE**

Né(e) le 01.03.1995

Dossier N° 0121040003-00 du 14.04.2022 à 14:09

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

	0,86	g/l	N: 0,70 - 1,10
<i>soit</i>	4,77	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

	91	μmol/l	N: 59 - 104
<i>soit</i>	10	mg/l	N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **99** ml/min/1,73m²DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **115** 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)*

	41	mg/l	N: 34 - 70
<i>soit</i>	244,0	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)*

	0,76	g/l	N: Inf. à 1,98
<i>soit</i>	0,86	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	2,10	g/l	N: 1,00 - 2,20
<i>soit</i>	5,43	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

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

TRANSAMINASE G.P.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

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

G.G.T*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

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

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. GUEYE ABDOURAHMANE

Dossier N° 012104000800 du 14.04.2022 à 14:09
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 01.03.1995

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 ****

Ali EL KASSIR

Biologiste médical

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
CLASSÉ / 2 / 1

CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION CIVILE
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE

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
GUEYE
ABDOURAHMANE

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
01/03/1995 - DAKAR

VI Nationalité / Nationality
SN (SENEGAL)

VII Signature du titulaire / Signature of holder

MED.A.020 Diminution de la capacité de vol
(a) Le titulaire de la licence de pilote a subi une diminution de sa capacité de vol en raison d'une blessure, d'une maladie ou d'un autre facteur susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
(b) En outre, les titulaires de licence doivent être en mesure de démontrer qu'ils sont capables de maintenir un niveau de compétence satisfaisant en matière de vol.
(c) Le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est capable de maintenir un niveau de compétence satisfaisant en matière de vol.
(d) Le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est capable de maintenir un niveau de compétence satisfaisant en matière de vol.
(e) Le titulaire de la licence de pilote doit être en mesure de démontrer qu'il est capable de maintenir un niveau de compétence satisfaisant en matière de vol.

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour la Classe 1 (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers /
Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers

14 / 04 / 2023

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations

14 / 04 / 2023

Classe 2 / Class 2

14 / 04 / 2027

LAPL / LAPL

14 / 04 / 2027

MED.A.020 Diminution de la capacité de vol
(a) The holder of the pilot licence has experienced a decrease in his or her flying ability due to an injury, illness or other factor likely to affect flight safety.
(b) In addition, licence holders must be able to demonstrate that they are capable of maintaining a satisfactory level of flying performance.
(c) The holder of the pilot licence must be able to demonstrate that they are capable of maintaining a satisfactory level of flying performance.
(d) The holder of the pilot licence must be able to demonstrate that they are capable of maintaining a satisfactory level of flying performance.
(e) The holder of the pilot licence must be able to demonstrate that they are capable of maintaining a satisfactory level of flying performance.

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue

14 / 04 / 2022

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical /
Signature of issuing AME or medical assessor

Dr Jean-Yves LAFAILLE
Cachet / Stamp

Dr JY LAFAILLE
Médecin chef
Fta - AeMC - 05

Date de l'examen médical /
Date of medical examination

14 / 04 / 2022

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

14/04/2022

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

14/04/2022

Audiométrie tonale



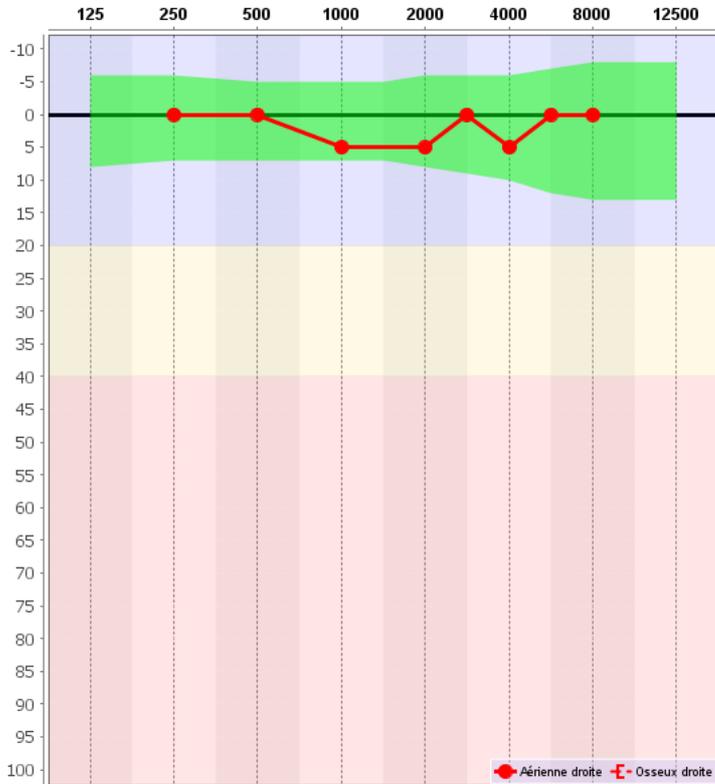
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Abdourahmane Gueye**

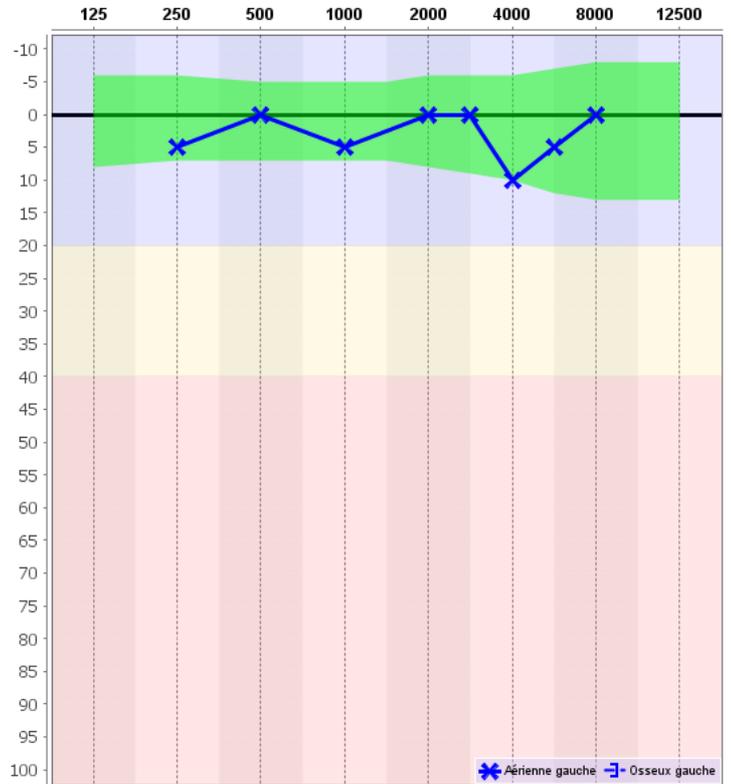
Date de naissance 01 mars 1995

Date de mesure 14/04/2022 10:19:21

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	1,67 dB HL	3,33 dB HL
Indice précoce d'alerte	5,00 dB HL	1,67 dB HL
Indicateur médico-légal	3,00 dB HL	4,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	3,75 dB HL	3,75 dB HL
Sigycop (O= 1)	Coef. : 1	Coef. : 1

Notes

Appareil utilisé pour la mesure
 Appareil : OtoWin
 S/N : 16088 - 038
 Firmware : 1.1.3d
 Hardware : rev9
 Stimulateur : DD45 HI
 Date de calibration : 26/07/2021

Gueye, Abdourahmane

ID: 19886 Âge: 27 (01/03/1995)

Sexe Masculin Taille 181 cm
 Ethnicité Africain Poids 72 kg IMC 22

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 96 %

Date du test 14/04/2022 10:21:56 Interprétation GOLD(2008)/Hardie Sélection de valeur Meill. valeur
 Heure post Val. théo. ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88 BTPS (insp/exp) 1,12/1,02

Paramètre	Théo.	Pré				%Théo.
		LIn	Meilleur	Essai 2	Essai-1	
CVF [L]	4,74	3,85	4,22	4,22	4,22	89
VEMS [L]	3,97	3,23	3,82	3,82	3,70	96
VEMS/CVF	0,823	0,705	0,903	0,903	0,877	110
DEF25-75 [L/s]	5,05	3,34	4,21	4,21	4,09	83
DEP [L/s]	10,10	8,11	7,04*	7,04*	7,04*	70
TEF [s]	-	-	3,8	3,8	4,1	-

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.

Qualité du test Pré D - Un seul essai acceptable

Interprétation système Pré Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables

