

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays EASA de délivrance de licence : <b>ROYAUME UNI</b>		(2) Certificat médical sollicité		Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	PNC <input type="checkbox"/>
(3) Nom : <b>MOUHTADI</b>		(4) Nom de jeune fille		(12)		
(5) Prénoms : <b>YOUSSEF</b>		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) <b>05/05/1972</b>	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(13)		
(8) Lieu et pays de naissance : <b>CASABLANCA / MAROC</b>		(9) Nationalité : <b>MAROCAINE</b>		(14) Type de licence désirée :		
(10) Adresse permanente : <b>2, RUE MOHAMED ABDOU ETG 4 AN ET, CASABLANCA Pays : MAROC N° de téléphone : +212661238726</b>		(11) Adresse postale : (si différente)		(15) Profession (principale) : <b>PILOTE DE LIGNE</b>		
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types		Numéro de licence		Pays de délivrance		
<b>ATPL</b>		<b>GBR471248K</b>		<b>ROYAUME UNI</b>		
(20) Vous a-t-on refusé, suspendu ou retiré un certificat médical d'aptitude au vol ? Détails : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(21) Nombre total d'heures de vol : <b>M, 260</b>		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : <b>1100</b>		
(24) Accidents aériens ou incidents de vol depuis le dernier examen médical ? Détails : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(23) Types d'avions actuellement utilisés : <b>A 320</b>		(25) Type de vol envisagé : <b>COMMERCIALE MULTI PILOTE</b>		
(27) Alcool - Consommation journalière moyenne : <b>ZERO</b>		(26) Activité aérienne actuelle : Pilote seul <input type="checkbox"/> Equipage multipilotes <input checked="" type="checkbox"/>		(28) Faites vous habituellement usage de médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament / début de l'utilisation / motif :		
(29) Etes vous fumeur Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Quantité : <b>325 / JOUR</b> Date de l'arrêt :		(19) Conditions, limitations, dérogations : Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : <b>LUNETTES DE VUE</b>				

**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		
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Positive au test VIH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Pour les femmes seulement</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(102) Avez-vous porté ou portez vous et/ou des verres de contact	<input checked="" 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"/>	(150) Affection gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(103) Modifications dans la prescription de lunettes depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(151) Grossesse en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(104) Allergie, rhume des foins, eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Antécédents familiaux</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(105) Asthme, tuberculose ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : épilepsie, convulsions, paralysie, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychiques de toute espèce : dépression, anxiété, etc.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Refus d'assurance vie pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(107) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(109) Diabète, désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie, autre maladie sanguine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exemption ou réforme du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(111) Baisse de l'audition ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
(112) Affection de la gorge ou du nez trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Ce formulaire et ses annexes sont adressés au pôle médical, dans le respect du secret médical conformément à la réglementation en vigueur. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes dans le respect du secret médical à une autre section de médecine aéronautique d'un état membre de la communauté Européenne de l'espace économique européen et de la confédération suisse, étant entendu que ces documents sont destinés à l'examen médical d'aptitude. A tout moment, je peux avoir accès à mon dossier médical par une demande écrite au pôle médical.

Date : **11-03-2019**

Signature du demandeur : *[Signature]*

Signature du médecin examinateur : *[Signature]*



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **MOUHTADI** Prénoms : **YOUSSEF** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **05/05/1972**  
Lieu de naissance : **CASABLANCA/MAROC**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Approfondi <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>182cm</b>	(203) Poids <b>95 kg</b>	(204) Yeux couleur <b>Ambr.</b>	(205) Cheveux couleur <b>Brun</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHG Systolique <b>120</b> Diastolique <b>70</b>	(207) Pouls au repos <b>60</b>	Rythme <b>R.</b>
---	------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---	-----------------------------------	---------------------

**Examen clinique : Cochez chaque item**

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Bouche, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Neurologie- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire					

**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 <b>10</b>
Œil gauche sans correction	Corrigée à <b>10</b>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à <b>10</b>

(230) Intermédiaire N14 lue à 100cm

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

(231) de près N5 lue à 30 - 50cm

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

(232) Lunettes

Oui  Non

Type : **Presbyste**

(233) Lentilles de contact

Oui  Non

Type :

Réfraction éventuelle OD OG

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

(si 241 pas fait)

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	5000
Oreille droite	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>05</b>
Oreille gauche	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>05</b>

(235) Analyse d'urine

Glucose	Albumine	Sang	Autres
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

(236) Fonction respiratoire - (peak flow) - (l/min)

Normale  Anormale

(237) Hémoglobine **15,6** (g/dl)

Normale  Anormale

**Rapports annexés**

	Date	normal	anormal
(238) ECG	<b>11-03-19</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<b>11-03-19</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) RX Thorax		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Lipides sanguins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Fonction respiratoire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(245) Electro-encéphalogramme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**(246) Perception des couleurs**

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A <b>d.</b>
Nombre de tables présentées <b>6</b>	Nombre d'erreurs <b>0</b>

**(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale et sa proposition d'aptitude (NE S'APPLIQUE PAS A UNE APTITUDE CLASSE 2)**

**(247 bis) Décision du médecin-chef ou du médecin agréé**

<b>APTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>INAPTE</b> <input type="checkbox"/>	Restriction : (à apporter sur le certificat d'aptitude) - Port obligatoire d'une protection optique (+lunettes de secours en cabine) - Durée de validité limitée à ... <b>UNL</b> - Vol de jour uniquement						
	<p>► Renvoi/concertation</p> <p>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.</p> <p>Décision N° ..... du .....</p> <p>Libellé :</p>						
Champ d'application du certificat	<table border="1"> <tr> <td>CLASSE 1</td> <td>CLASSE 2</td> <td>PNC</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	CLASSE 1	CLASSE 2	PNC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASSE 1	CLASSE 2	PNC					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

**(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) Lieu et date : <b>Dakar - 11-03-19</b>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé <b>Patrick CARREA 3 Av. Ambassadeurs Fann Dakar Senegal</b>	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature  <b>Patrick CARREA Médecine Aeronautique MD/004/ANACS/DTA/08</b>
---	---	--

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam  
Site Urgences Cardio  
Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon  
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : d0311209 Prélèvement du : 11.03.2019

Patient né le 05.05.1972 - 46 ans

Monsieur **MOUHTADI Youssef**

Docteur CORREA Patrick

## HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (Micros-Pentra60/ABX) Valeurs de référence Antériorités

### NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges	=	5,03 Millions/mm <sup>3</sup>	(4,20-5,70)
Hémoglobine	=	15,6 g/100ml	(14,0-17,0)
Hématocrite	=	47,9 %	(40,0-52,0)
Volume globulaire (V.G.M.)	=	95 μ <sup>3</sup>	(80-95)
Charge (T.G.M.H.)	=	31 pg	(28-32)
Concentration (C.C.M.H.)	=	33 %	(30-35)
Plaquettes	=	294.000 /mm <sup>3</sup>	(150000-450000)
Volume plaquettaire moyen	=	7,0 fl	(6,5-11,0)
Globules blancs	=	12.100 /mm <sup>3</sup>	(4000-10000)

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles	=	63,2 % soit	7647 /mm <sup>3</sup>	(2000-7000)
Polynucléaires éosinophiles	=	4,8 % soit	581 /mm <sup>3</sup>	(100-400)
Polynucléaires basophiles	=	0,8 % soit	97 /mm <sup>3</sup>	(0-150)
Lymphocytes	=	24,3 % soit	2940 /mm <sup>3</sup>	(1500-4000)
Monocytes	=	6,9 % soit	835 /mm <sup>3</sup>	(200-800)

## BIOCHIMIE

Cholestérol total = 2,91 g/l Valeurs de référence Antériorités  
(Lisa200/Hycel) 7,54 mmol/l (1,55-2,55)

☞ Consensus ARCOL (adultes) : souhaitable < 2,20 g/l  
limite 2,20-2,40 g/l  
élevé > 2,40 g/l

Dr K. HOUDROUGE

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement  
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur [www.sunulabo.com](http://www.sunulabo.com)

le 11.03.2019 à 11h40

Page n° 1/3 - PDF -

MEILLEURS SENTIMENTS

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇒ Suite dossier : d0311209 du 11.03.2019 Mr MOUHTADI Youssef né le 05.05.1972 - 46 ans

Docteur CORREA Patrick

## BIOCHIMIE

	=		Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol H.D.L. (Lisa200/Hycel)		0,50 g/l 1,30 mmol/l	(0,45-0,82)	
Rapport Chol. Total/H.D.L.		5,82	(inf. à 4,90)	
Cholestérol V.L.D.L. (calculé)		0,30 g/l 0,78 mmol/l	(inf. à 0,28)	
Cholestérol L.D.L. (calculé) (Formule de Friedewald)		2,11 g/l 5,47 mmol/l	(0,90-1,58)	
Cette formule n'est applicable que pour les Triglycérides < 3,50 g/l				
☞ Rapport Cholestérol total/HDL-c, facteur de risque < 3,43 ..... demi-moyenne 3,43-4,97 ..... moyenne 4,97-9,55 .... double de la moyenne 9,55-23,40 ... triple de la moyenne				
Triglycérides (Lisa200/Hycel)		1,50 g/l 1,70 mmol/l	(0,35-1,75)	
Glycémie à jeun (Lisa200/Hycel)		1,01 g/l 5,6 mmol/l	(0,70-1,10)	
Créatinine (Jaffé Lisa200/Hycel)		8,0 mg/l 71 µmol/l	(7,0-13,0)	

La clairance de la créatinine calculée selon la formule MDRD peut être estimée pour ce patient à = 109,8 ml/min (60,0-120,0)

La formule de la clairance calculée n'est pas adaptée pour des personnes de plus de 75 ans et/ou en cas d'obésité ou d'anorexie.

### CONCLUSION

Recommandations pour la pratique clinique : Association Société de néphrologie

- DFG ≥ 90 : Pas d'insuffisance rénale
- DFG 60 à 89 : Insuffisance rénale légère
- DFG 30 à 59 : Insuffisance rénale chronique modérée
- DFG 15 à 29 : Insuffisance rénale chronique sévère



Dr K. HOUDROUGE

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur [www.sunulabo.com](http://www.sunulabo.com)

le 11.03.2019 à 11h40

Page n° 2/3 - PDF -

MEILLEURS SENTIMENTS

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 332 25 26

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015  
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge  
PHARMACIEN BIOLOGISTE  
Diplômé des Universités de Montpellier  
et de Besançon  
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

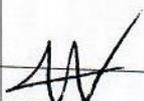
⇒ Suite dossier : d0311209 du 11.03.2019 Mr MOUHTADI Youssef né le 05.05.1972 - 46 ans Docteur CORREA Patrick

## BIOCHIMIE

DFG < 15 : Insuffisance rénale chronique terminale Valeurs de référence Antériorités

## ENZYMOLOGIE

			Valeurs de référence	Antériorités
Transaminase SGOT (Lisa200/Hycel)	=	17 UI/l	(10-40)	
Transaminase SGPT (Lisa200/Hycel)	=	20 UI/l	(10-45)	
Gamma-G.T. (Lisa200/Hycel)	=	30 UI/l	(10-45)	

  
Dr K. HOUDROUGE

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement  
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur [www.sunulabo.com](http://www.sunulabo.com)

le 11.03.2019 à 11h40  
Page n° 3/3 - PDF -

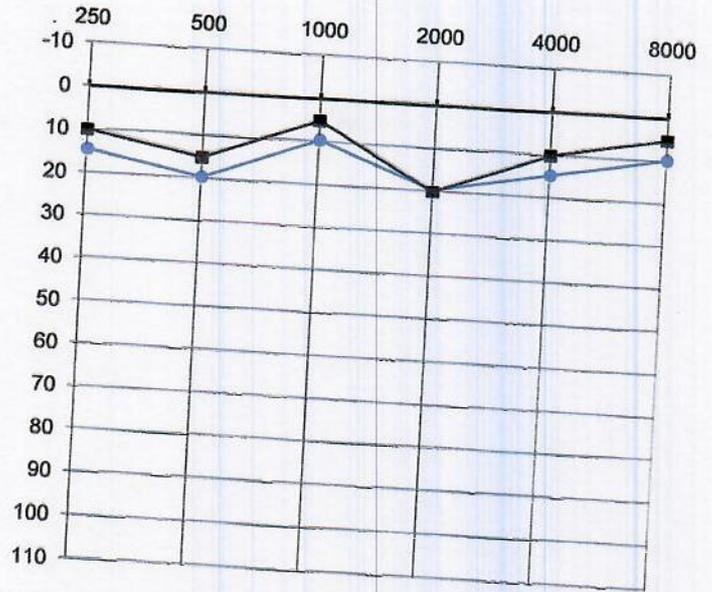
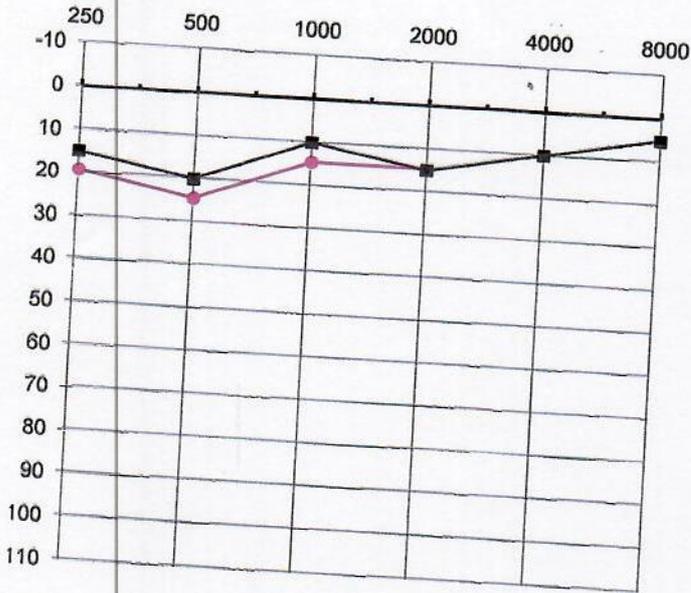
MEILLEURS SENTIMENTS

le 11/3/2019

MOUHTADI Youssef  
46 ans

Docteur Pascal GIUDICELLI  
221 33 860 94 94

OD - Audiogramme - OG



Perte moyenne	OD	OG
	16	16

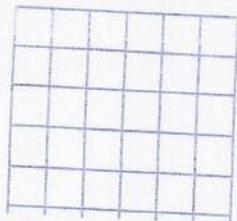
WEBER front	250	500	1000	2000	4000	8000
	0	↕↕↕↕	↕↕↕↕	↕↕↕↕	↕↕↕↕	↕↕↕↕

RS ipsi	droit
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

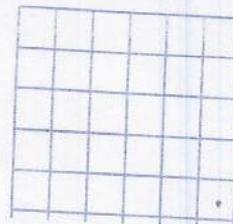
tympano	droite	gauche
VCA en ml	0	0
POM	0	0
CS en ml	0	0
Ampl en daf	0	0

RS ipsi	gauche
500	0
1000	0
2000	0
4000	0

TYMPANOMETRIE OD



TYMPANOMETRIE OG

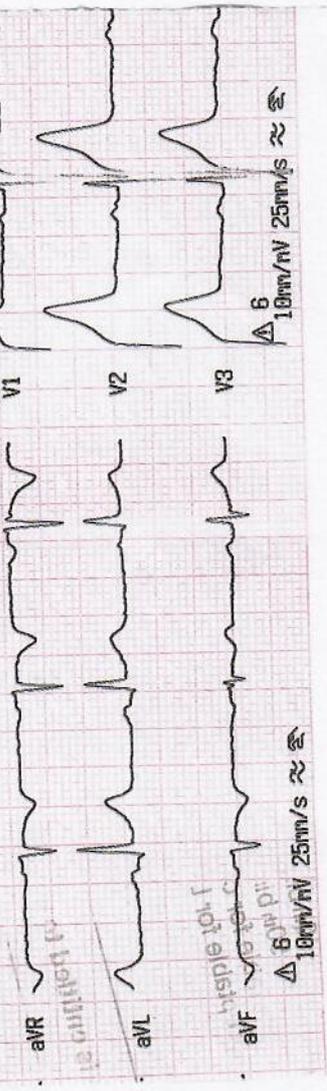


assourdissement CL

AUDIOGRAMME TONAL: dans les limites de la normale

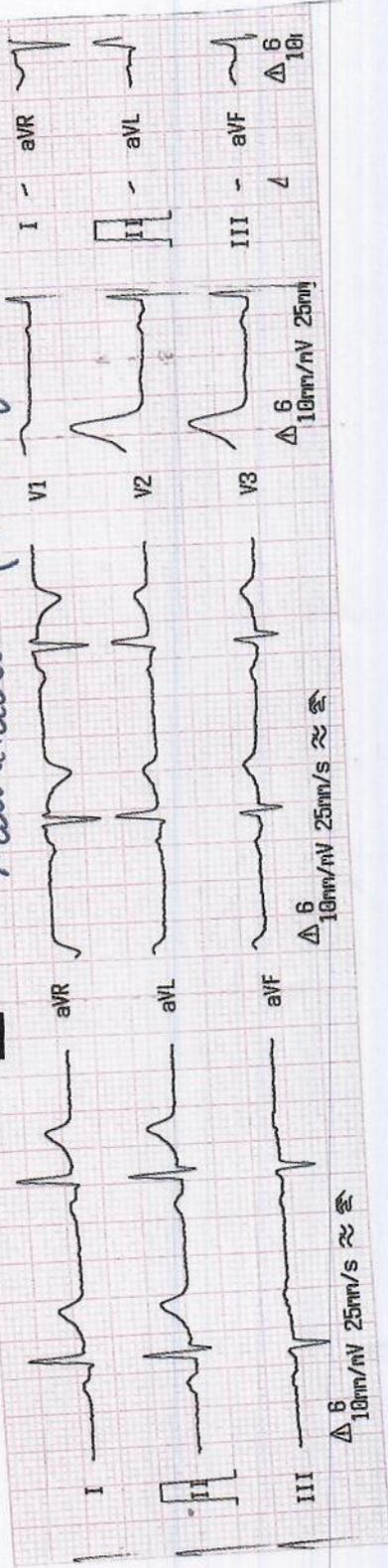
Navkadi Ganesha

11-03-19



Navkadi Ganesha

11-03-19



**MEDICAL CERTIFICATE SUMMARY OF MINIMUM PERIODIC REQUIREMENTS**  
 The full requirements are detailed in Part-MED  
 Note: Any tests may be required at any time if clinically indicated. Examinations and/or assessments for the revalidation of a medical certificate may be undertaken up to 45 days prior to the expiry date of the medical certificate.

Medical Certificate	CLASS 1+ Single pilot commercial operations carrying passengers	Class 1+ Other commercial operations	Class 2+ LAPL
Validity of Certificate	Under 40 - 12 months 40 plus - 6 months	Under 60 - 12 months 60 plus - 6 months	Under 40 - 60 months* 40-49 - 24 months** 50 plus - 12 months At first examination after age 40, then 50 plus - 2 yearly
Electrocardiogram	At initial then Under 30 - 5 yearly 30-39 - 2 yearly 40-49 - annually 50 plus - 6 monthly	At initial then Under 30 - 5 yearly 30-39 - 2 yearly 40-59 - annually 60 plus - 6 monthly	Under 40 - 60 months* 40 plus - 24 months
Audiogram	At initial then Under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly	At initial then Under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly	At initial instrument rating then Under 40 - 5 yearly 40 plus - 2 yearly
Lipid Profile	At initial then age 40	At initial then age 40	

\* A certificate issued prior to the holder's 40<sup>th</sup> birthday will not be valid for class 2 or LAPL privileges after the 42<sup>nd</sup> birthday  
 \*\* A certificate issued prior to the holder's 50<sup>th</sup> birthday will not be valid for class 2 or LAPL privileges after the 51<sup>st</sup> birthday  
 † A class 1 medical certificate is acceptable for class 2 or LAPL privileges and validities  
 ‡ A class 2 medical certificate is acceptable for LAPL privileges and validities

**The holder of this Medical Certificate is entitled to exercise the privileges of the related Part-FCL pilot licence subject to any limitations or conditions**

### MEDICAL CERTIFICATE FIRST CLASS

This certifies that (Full name and address):

YOUSSEF MOUHTADI  
ResPalmier Palace 2 Rue Mohamed Abdou Etg 4 Apt 25  
CASABLANCA 20100 Morocco

Date of Birth	Height	Weight	Hair	Eyes	Sex
05/05/1972	72	209	BLACK	BROWN	M

has met the medical standards prescribed in part 67, Federal Aviation Regulations, for this class of Medical Certificate.

**Limitations**  
Must wear corrective lenses. Valid for 6 months following the month examined.

Date of Examination: 03/11/2019  
Examiner's Designation No.: 000000773

**Examiner**  
Signature: Patrick CORREA  
Typed Name: PATRICK R. CORREA, MD  
AIRCRAFT SIGNATURE: DGAC N° 3857

Applicant ID: 1997084741  
Control No.: 200008589584

(Cut on dashed line)

### CONDITIONS OF ISSUE

The holder of this certificate must:

- Have it in his or her personal possession at all times while exercising privileges of an airman certificate. (14CFR § 61.3)
- Understand that the issuance of a medical certificate by an Aviation Medical Examiner may be reversed by the FAA within 60 days. (14CFR § 67.407)
- Comply with validity standards specified for first-, second-, and third-class medical certificates. (14CFR § 61.23)
- Comply with any statement of functional, operational, and/or time limitation issued as a condition of certification. (14CFR § 67.401)
- Comply with the standards relating to prohibitions on operation during medical deficiency. (14CFR §§ 61.53, 63.19, and 65.49)

For International Operations Only: Some holders may be affected by certain international medical standards. Consult the U.S. Aeronautical Information Publication for U.S. differences with ICAO Annex 1 medical standards.



**AEROSPACE MEDICAL CERTIFICATION DIVISION, AAM - 300**  
FAA Civil Aerospace Medical Institute  
Mike Monroney Aeronautical Center  
P.O. Box 26080  
Oklahoma City, OK 73125-9914

YOUSSEF MOUHTADI  
ResPalmier Palace 2 Rue Mohamed Abdou Etg 4 Apt 25  
CASABLANCA 20100 Morocco

Dear Airman:

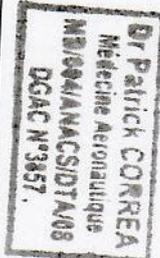
Above is your new medical certificate. It supersedes any previous one you may have been issued.

To validate this certificate, it is necessary that you sign it in the space provided (Airman's Signature).

This certificate must be in your possession at all times while exercising your pilot privileges.

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence	UNITED KINGDOM
III	Numéro de certificat / Certificate number	GBR-421268K
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder	ABDHTADI YOUSSEF
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)	05/05/1972
VI	Nationalité / Nationality	MAROCAIN
VII	Signature du titulaire / Signature of holder	

II	<b>Certificat médical de Classe 1</b> Class 1 medical certificate	
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)	17 MAR 2021
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers	17 MAR 2021
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations	17 MAR 2021
	Classe 2 / Class 2	17 MAR 2021
	LAPL / LAPL	17 MAR 2021

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description	VNL
X	Date de délivrance / Date of issue	17 MAR 2019
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor	
XI	Cachet / Stamp	

	Date de l'examen médical / Date of medical examination	17 MAR 2019
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram	17 MAR 2019
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram	17 MAR 2019