

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : UK		(13) N° référence:	
(3) Nom : MOUHADI		(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) : YOUSSEF		(4) Nom de naissance : MOUHADI	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : 05/05/1972		(7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : CASABLANCA MAROC		(15) Profession (principale) : PILOTE	
(10) Adresse permanente : RUE MOHAMED ARBOU ETC 4 APT 25 Pays : MAROC N° de téléphone : +212 661 238 720 Courriel : CAPT.MOUHADI.DR@nc.egp		(9) Nationalité : MAROCAINE	(16) Employeur : AIR CÔTE D'IVOIRE
(11) Adresse postale : (si différente)		(17) Dernier examen médical : Date : 09/10/2020 Lieu :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : A-TPL Numéro de licence : GIBR-971248 K Pays de délivrance : UK		(19) Conditions, limitations du certificat médical : Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : LUNETTE DE VUE POUR LECTURE	
(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 : (1300) 12270	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 460	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A 320	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : 2013		(25) Type de vol envisagé : MULTI CREW / IFR	
(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 :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" type="checkbox"/>	

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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<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"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<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"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input 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"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, 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"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal	<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) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<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"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) 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. 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 deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNEES PERSONNELLES. Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARA MED 150 peuvent être divulguées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres de l'Union Européenne conformément à l'ARA MED 150 (c) (4).

Date : **22/09/2021**

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur :

[Signature]
Médicine Aéronautique
DGAC N° 3857 - PIA 002

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"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 95 kg	(204) Yeux couleur Ambré	(205) Cheveux couleur Blanc	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 120 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 82 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input 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) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Capteur. A320. 49 years. Améd. 3 Child.

**Tabac = 0
Alc = 0
Ndt = 0
Sport = Améd.**

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

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

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

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

(231) **de près** N5 lu à 30 - 50cm

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

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

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

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale
Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
(si 239/241 non réalisés)

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** VEMS/CV % Peak Flow (l/min)

Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

(237) **Hémoglobine** **16.3** (g/dl)
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"/>	22-09-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	22-09-21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	22-09-21	<input checked="" 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 bis) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : **Fit. Apté**

Nom : **Dr Patrick CORREA**
Signature : **Patrick CORREA**
Médicine Aéronautique
MD0004/ANACS/DIA/08
DSAC N° 3857

(247) **Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé**

APTE pour la classe :
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer :
le destinataire :
le motif :

➤ Renvoi/concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrie 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 :**
VRZ.
Fit class 1 -> 22-09-2022.

(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 : **22-09-21** et lieu : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

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

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA**
Médicine Aéronautique
MD0004/ANACS/DIA/08
DSAC N° 3857
PFA 00773

Numéro d'AME :
Réf Rapport examen médical 03.09.2019

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

UNITED KINGDOM

II Numéro de certificat / Certificate number

GBR-271248K

V Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

HEATHARD JOURNAL

IV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

05/05/1972

VI Nationalité / Nationality

NO ROCCAN

VII Signature du titulaire / Signature of holder

Journal

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate

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

22 MAR 2022

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

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

22 SEP 2021

Classe 2 / Class 2

22 SEP 2021

LAPL / LAPL

22 SEP 2021

XIII Limitations / Limitations
Code - Description / Code - Description

VOL

X Date de délivrance / Date of issue

22 SEP 2021

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

[Signature]

XI Cachet / Stamp



Date de l'examen médical /
Date of medical examination

22 SEP 2021

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

22 SEP 2021

Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

22 SEP 2021

UNITED STATES OF AMERICA Department of Transportation Federal Aviation Administration					
MEDICAL CERTIFICATE FIRST CLASS					
This certifies that (Full name and address): YOUSSEF MOUHTADI Res Palmier Palace 2 Rue Mohamed Abdou Etg 4 Apt 25 CASABLANCA 20100 Morocco					
Date of Birth	Height	Weight	Hair	Eyes	Sex
05/05/1972	71	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 09/22/2021			Examiner's Designation No. 000000773		
Examiner	Signature 				
	Typed Name PATRICK CORREA, MD 				
AIRMAN'S SIGNATURE 					
Applicant ID: 1997084741			Control No.: 200009704649		

FAA Form 8500-9 (3-12) Supersedes Previous Edition NSN: 0052-00-670-7002

CONDITIONS OF ISSUE
The holder of this certificate must:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.



Aviation Safety
Office of Aerospace Medicine
Aerospace Medical Certification Division, AAM-300
P.O. Box 25082
Oklahoma City, OK 73125-9867

YOUSSEF MOUHTADI
 Res Palmier 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.



Centre Régional de Médecine Aéronautique et Aéroportuaire

S O D E X A M

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

N° d'enregistrement : 3 038

Prélèvement du : 21/09/2021

Dr KOUADIO ALAIN JOEL

Sexe : M

CDB AIR CI

Date de naissance : 05/05/1972

N° SIGMA : 19 38 4 0008

Dossier numéro : 16989

MOUHTADI YOUSSEF

Résultat numéro 9203

Prestation numéro

1 3 038

HEMATOLOGIE

Valeurs de référence (en fonction: Age Sexe)

COULTER DXH500

4 NUMERATION FORMULE SANGUINE

NFS

[COULTER DXH500]

****Prélèvement du 21/9/2021****

1 NUMERATION GLOBULAIRE

2	Glob. Blancs :	8.41	$10^3 / \text{mm}^3$	4,00	10,00
3	Glob. Rouges :	5.23	$10^6 / \text{mm}^3$	4,50	6,00
4	Hémoglobine :	16.32	g/100 ml	13,00	18,00
5	Hématocrite :	52.0	%	40,00	52,00
6	Vol. Glob. Moy. :	99.5	fl	86,00	95,00
7	TCMH :	31.2	pg	27,00	31,00
8	CCMH :	31.4	g/100 ml	32,00	36,00
9	PLAQUETTES :	274	$10^3 / \text{mm}^3$	150,00	400,00

12 FORMULE LEUCOCYTAIRE

13	* Neutrophiles :	61.60	%	45,00	70,00
	Soit :	5180,56	/ mm^3	1700,00	7000,00
14	* Basophiles :	0.21	%	0,00	0,50
	Soit :	17,66	/ mm^3	0,00	50,00
15	* Eosinophiles	4.91	%	0,00	4,00
	Soit :	412,93	/ mm^3	0,00	400,00
16	* Monocytes	10.10	%	2,00	10,00
	Soit :	849,41	/ mm^3	8,00	1000,00
	* Lymphocytes	23.18	%	20,00	40,00
	Soit :	1949,44	/ mm^3	1200,00	4000,00

1/4

21/09/2021 09:41:54