



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **OUDJANE** Prénoms : **MICHEL PIERRE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **13/12/1986**  
Lieu de naissance : **DAKAR**

|  |                               |                             |                                   |                                      |  |  |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| (201) Catégorie d'examen<br><input type="checkbox"/> Initial<br><input checked="" type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>191 cm</b> | (203) Poids<br><b>91 kg</b> | (204) Yeux couleur<br><b>Noir</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>Noir</b> | (206) Tension artérielle (assis) mmHg<br>Systolique <b>110</b> Diastolique <b>80</b> | (207) Pouls au repos<br>Pulsations (bpm) <b>78</b> 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, tympons, 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 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 checked="" 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 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

OPZ. A:1 Senegal. A320, 35an.  
Lancé 2 enfants.  
Sympt = RAS.

Tabaço  
Alc = occ.  
III = 0.  
Spout = 84 peu.

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

|                                     |           |            |  |
|-------------------------------------|-----------|------------|--|
| Ceil droit sans correction          | <b>10</b> | Corrigée à |  |
| Ceil gauche sans correction         | <b>10</b> | Corrigée à |  |
| Vision binoculaire, sans correction | <b>10</b> | Corrigée à |  |

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

|                    |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|                    | 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** N5 lu à 30 - 50cm

|                    |                                     |                          |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | sans correction                     |                          | avec correction          |                          |
|                    | 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** Oui  Non  Type :  
Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter  
Ceil droit  
Ceil gauche

(233) **Lentilles de contact** Oui  Non  Type :  
Ceil droit  
Ceil gauche

(313) **Perception des couleurs** Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques **20** Type I S H I H A R A **0**  
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'examineur | 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** VEMS/CV % Peak Flow (l/min) Normal  Anormal

(237) **Hémoglobine** (g/dl) Normal  Anormal

(248) **Commentaires, limitations :**

OPZ: 91myll

Apté classe 1 → 17-02-2023

(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 : **17-02-2023** et lieu :  
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 :  
Numéro d'AME :  
Dr Patrick CORREA  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL  
Dr Patrick CORREA  
Médecine Aeronautique  
SN-MED-004  
DGAC N° 3857 - FAA 00773

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

**Rapports annexés**

|                               | Non réalisé              | Date            | normal                              | anormal                  |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (238) ECG                     | <input type="checkbox"/> | <b>17-02-22</b> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (239) Audiogramme             | <input type="checkbox"/> | <b>17-02-22</b> | <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"/> |                 | <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 bis) **Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude**

Avis : **Apté.** Nom :  
Signature : **Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aeronautique  
MD/004 ANACS/DTA/08  
DGAC N° 3857 - FAA 00773

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

**APTE pour la classe :**  
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe :  
 **INAPTE pour la classe :**  
 **Remis pour une évaluation complémentaire**, dans l'affirmative, indiquer :  
le destinataire :  
le motif :  
Renvoi/concertation  
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.  
Décision N° ..... du .....  
Libellé :  
Champ d'application du certificat : CLASSE 1  CLASSE 2  LAPL  PNC/CCA