

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-01-A	
	EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : PMT
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>PRUDOST</u> Prénom : <u>MAXIME</u> Nationalité : <u>FRANÇAISE</u> Né(e) le : <u>08/12/1976</u> à : <u>FRANCE</u> Sexe : ☐ F ☒ M Lieu et date de l'examen médical : <u>ATD, le 23/05/2023</u> Adresse : <u>BONA, D2024, SENE GAL (N1602)</u> Téléphone : <u>33 351 2144</u> email : <u>mp.prudost@gmail.com</u> Profession/activité : <u>CELESTESOIRE</u> Situation de famille : <u>Père de 2 enfants, Marié</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☐ OUI ☒ NON

Si OUI : Date : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

Vous avez été déclaré : ☐ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☒ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire	☒	
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines	☒	

	OUI	NON
Répondez aux questions suivantes :		
14 Troubles du sommeil		☒
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒	
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?	☒	
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	☒	
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?	☒	
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒	
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	☒	
21 Consommez-vous de l'alcool ?	☒	
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25 Autres		

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

le 23/05/2023

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : TRUVOST Prénoms : DAXIN		Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 08/12/1986 Lieu de naissance : AGEN (FRANCE)	
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille cm 182	(203) Poids kg 78	(204) Yeux couleur Bleu (205) Cheveux couleur Châtain
		(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 128 Diastolique : 87	
		(207) Pouls au repos Pulsations : 80 Rythme : ☒ régulier	

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒
(210) Nez, sinus	☒		(220) système génito-urinaire	☒
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒		(221) Système endocrinien, thyroïde	☒
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒
(213) Yeux - pupilles	☒		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒		(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒
(215) Poumons, thorax, seins	☒		(225) Psychiatrie	☒
(216) Cœur	☒		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒
(217) Système vasculaire	☒		(227) Etat général	☒

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
 Homme de 37ans, Elève RBTI lauréat, 2e fils, grand secret, hôtelier, en bon état général, psychisme en bon état, hyper sensibilité SDO et claustrophobie, approuille chaque il y a plus de 20ans, Têlée = 0, Hémoprotectif, sport +.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Lunettes/Contact	
t	

Œil droit sans correction	7/10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	7/10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	7/10	Corrigée à	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm		Oui	Non
Œil droit		☒	
Œil gauche		☒	
Vision binoculaire		☒	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
(238) ECG			23/05/13	☒
(239) Audiogramme			23-05-2013	☒
(240) Examen Ophtalmologique			23-05-2013	☒
(241) Examen ORL			23-05-2013	☒
(242) Lipides sanguins			23-05-2013	☒
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

EKG : S. à l'hyperpnée.

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017

(231) de près	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐		Type :	
Type :	réfraction	Sph	Cylindre	Axe
				Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale ☐ Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées 20	Nombre d'erreurs 2

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

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 : 133g/l

Gly = 121g/l

VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		(g/dl)	
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

TA = 9,27. 19.11
EEO → consultation Mennu.
Apti classe 2 → 31-05-2024

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date

05-06-2027

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	☐		☐	☐

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

Avis :	Nom :
<i>Apté</i>	Dr François Charles NIAYE Médecin Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

☒ APTE 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	Classe 3
	☐	☒	☐