

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : SÉNÉGAL		(13) N° référence:	
(3) Nom : BADIANE		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 ☒ Classe 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA ☐	
(5) Prénom(s) : ELHADJI IBRAHIMA BAAY NIASS		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité ☒ initial ☐ renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : THIES SÉNÉGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 07/07/1998	(7) Sexe : Masculin ☒ Féminin ☐
(10) Adresse permanente : N°564 CITÉ DAROU SALAM KEUR M ASSAR Pays : SÉNÉGAL N° de téléphone : +221776245347 Courriel : BADIANEIBRAHIMA554@GMAIL.COM		(9) Nationalité : SÉNÉGALAISE	
(11) Adresse postale (si différente)		(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(15) Profession (principale) : ÉTUDIANT	
(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 ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(16) Employeur : AIR SÉNÉGAL SA	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non ☒ Oui ☐ Date : Lieu :		(17) Dernier examen médical : Date : 14/12/2021 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MÉDICALE DU PERSONNEL AÉRO NAUTIQUE DAKAR SÉNÉGAL	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non ☒ Oui ☐ consommation journalière unités		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non ☒ Oui ☐ détails :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais ☒ Non actuellement ☐ Date de l'arrêt : Oui ☐ type et quantité :		(21) Nombre total d'heures de vol : CINQ HEURES	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : CINQ HEURES	
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR À PISTON	
		(25) Type de vol envisagé : VOL D'INSTRUCTION	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote ☒ Multipilote ☐	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non ☒ Oui ☐ 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
(101) Maladie ou opération oculaire	☐	☒	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	☐	☒	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	☐
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	☐	☒	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	☐	☒	(124) Test VIH positif	☐
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	☐	☒	(114) Maux de tête fréquents ou graves	☐	☒	(125) Maladie sexuellement transmissible	☐
(104) Allergie ou rhume des foies	☐	☒	(115) Accès de vertige/évanouissement	☐	☒	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	☐
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	☐	☒	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	☐	☒	(127) Maladie musculaire ou squelettique	☐
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	☐	☒	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	☐	☒	(128) Toute autre maladie ou blessure	☐
(107) Tension artérielle élevée ou basse	☐	☒	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	☐	☒	(129) Hospitalisation	☐
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	☐	☒	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	☐	☒	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	☐
(109) Diabète ou désordre hormonal	☐	☒	(120) Tentative de suicide ou automutilation	☐	☒	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	☐
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	☐	☒	(121) Mal des transports nécessitant médication	☐	☒	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	☐
(111) Surdité ou maladie des oreilles	☐	☒	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	☐	☒	(133) Exempt�� ou réformé du service national pour motif médical	☐
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	☐

Antécédents familiaux

Oui	Non
(170) Affection cardiaque	☐
(171) Hypertension artérielle	☐
(172) Taux élevé de cholestérol	☐
(173) Epilepsie	☐
(174) Maladie mentale/suicide	☐
(175) Diabète	☐
(176) Tuberculose	☐
(177) Allergie/asthme/eczéma	☐
(178) Maladie héréditaire	☐
(179) Glaucome	☐

A remplir uniquement pour les femmes

Oui	Non
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	☐
(151) Etes-vous enceinte ?	☐

(30) Remarques :

(31) Déclaration : Je soussignée, déclare avoir répondu de façon s  ricieuse 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 d  j 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 MÉDICALES : 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 médicale 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 DONNÉES PERSONNELLES: Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données con  nu  es 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   tats membres afin de faciliter l'application de l'ARA-MED.150 (c) (4).

Date :

06/02/2022

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :


Medecin
GEMA Toulouse

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 ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <i>183</i> cm <i>IMC = 19,4</i>	(203) Poids <i>65</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) Systolique <i>130</i> mmHg Diastolique <i>80</i>		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <i>72</i> Rythme ☒ régulier ☐ irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité buccale, 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

*Cadet Air Seignol - 23 ans - Etudiant - Licence Maths, Passant dans jeunesse.
Ce lib = 0 enfant. Leucos neutropénie 3700 L - 940 H
Symptôme = 0.*

*Tabac = 0
Alc = 0
H = 0
Sport = marche en forêt.*

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)		Lunettes/Contact	
Oeil droit sans correction	Corrigée à		
Oeil gauche sans correction	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à		

(230) Vision Intermédiaire		sans correction		avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non	
Oeil droit	☐	☐	☐	☐	
Oeil gauche	☐	☐	☐	☐	
Vision binoculaire	☐	☐	☐	☐	

(231) de près		sans correction		avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non	
Oeil droit	☐	☐	☐	☐	
Oeil gauche	☐	☐	☐	☐	
Vision binoculaire	☐	☐	☐	☐	

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui ☐	Non ☐	Oui ☐	Non ☐
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Oeil droit			
Oeil gauche			

(313) Perception des couleurs		Normale ☐	Anormale ☐
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 réalisés)	
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur		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 <i>84</i> %	Peak Flow (l/min) <i>12,5</i> (g/dl)	Normal ☒	Anormal ☐
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐

(248) Commentaires, limitations :

insuffl Température, examens demandés

(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 : <i>11 02 2012</i>	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME:
-----------------------------------	--	---

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: ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA
(3) Nom usuel: BADIANE EL HADJI IBRAHIMA BAAY NIASS	(4) Nom de naissance:
(5) Prénom(s): Né(e) le : 07/07/1998 19872 DAKAR <i>Touss</i>	(6) Date de naissance: (7) Sexe: ☒ Masculin ☐ Féminin
(12) Genre sollicité: ☒ Initial ☐ Renouvellement/prorogation	
(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: 11-02-2012 Signature du demandeur: *[Signature]* Signature du médecin examinateur (AME): **Dr. P. CORREA**
Médecin
CEMA Toulouse

(402) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(403) Antécédents ORL: <i>MAS</i>
---	--------------------------------------

Examen clinique:
Cocher chaque item

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

Tests supplémentaires (si indiqués)

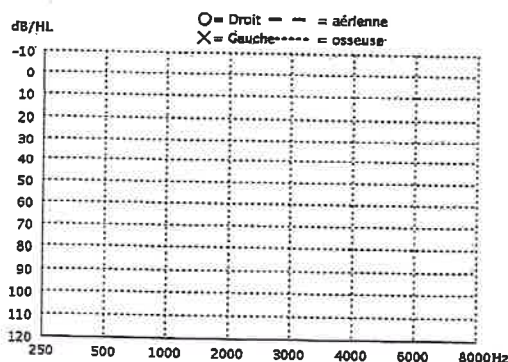
	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	☐	☒	☐
(415) Rhinoscopie postérieure	☐	☐	☐
(416) ENG; nystagmus spontané et positionnel	☐	☐	☐
(417) Épreuve caloriques différentielle - Épreuve vestibulaire rotatoire	☐	☐	☐
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	☐	☐	☐

(419) Audiométrie tonale

db HL (seuil d'audition)

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	10	5		
500	5	10		
1000	0	5		
2000	0	0		
3000	10	0		
4000	15	10		
6000	5	5		
8000	10	10		

(420) 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: 11-02-2012	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur: Dr. P. CORREA Médecin CEMA Toulouse	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: ☒ Apte ☐ Inapte

Audiométrie tonale



Opérateur : Pauline Cansot

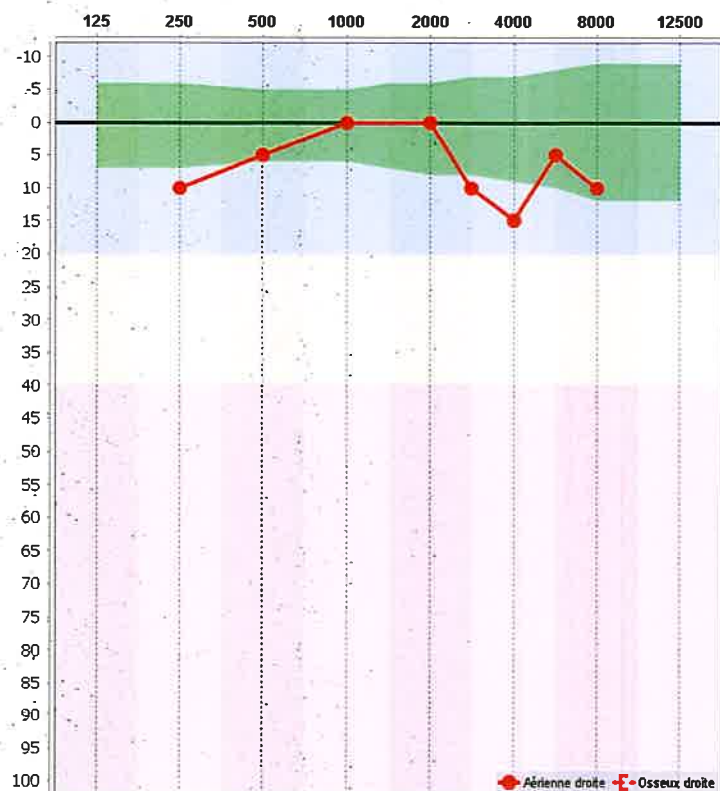
Patient

Elhadji Ibrahima Baay Niasse

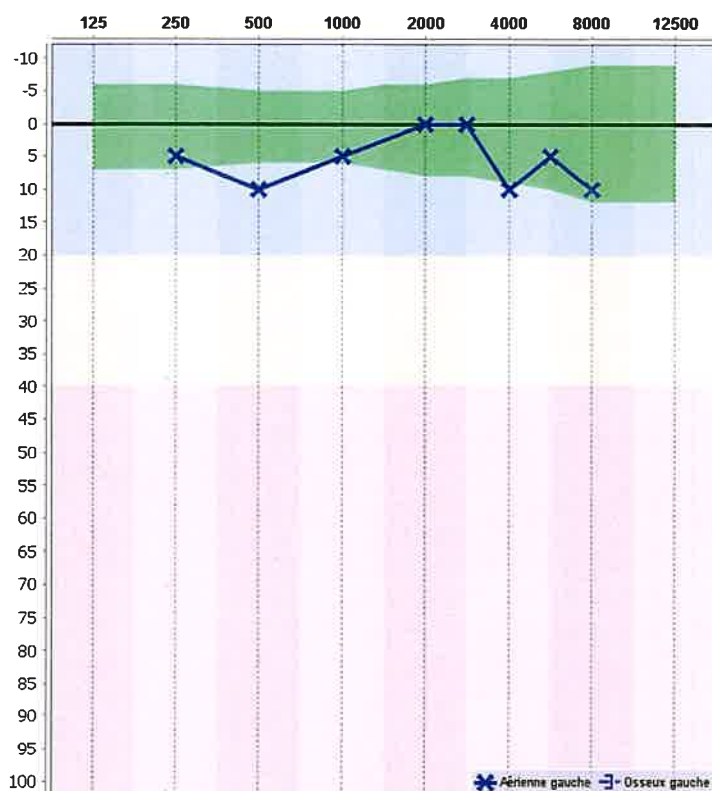
Date de naissance 07 juil. 1998

Date de mesure 11/02/2022 11:02:31

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	5,00 dB HL	1,67 dB HL
Indice précoce d'alerte	5,00 dB HL	10,00 dB HL
Indicateur médico-légal	5,00 dB HL	2,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	6,25 dB HL	5,00 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 2	Coef. : 2

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

Badiane, Elhadji Ibrahima Baay

ID: 30013

Âge: 23 (07/07/1998)

Sexe **Masculin**
Ethnicité **Africain**

Taille **183 cm**
Poids **65 kg** IMC **19.4**

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 84 %

Date du test **11/02/2022 11:05:49** 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**

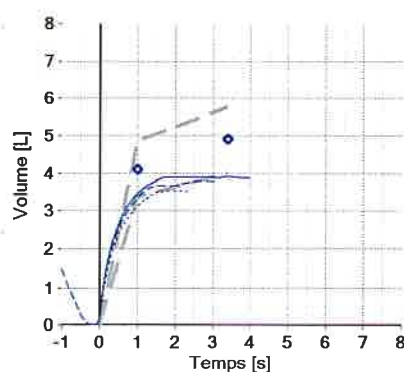
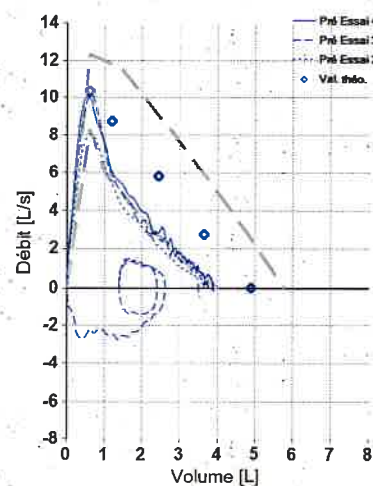
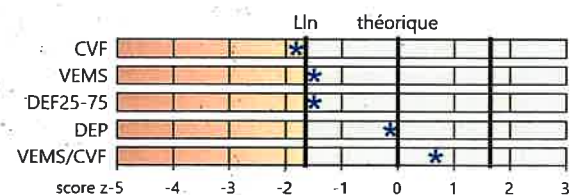
Paramètre	Théo.	Pré					%Théo.
		LIn	Meilleur	Essai 4	Essai-3	Essai-2	
CVF [L]	4,88	4,00	3,91*	3,91*	3,77*	3,52*	80
VEMS [L]	4,09	3,36	3,43	3,43	3,32*	3,10*	84
VEMS/CVF	0,827	0,709	0,876	0,876	0,879	0,880	106
DEF25-75 [L/s]	5,17	3,46	3,62	3,62	3,37*	3,31*	70
DEP [L/s]	10,31	8,32	10,16	10,16	10,20	8,04*	98
TEF [s]	-	-	3,4	3,4	3,1	2,4	-

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**





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

AEMC U.E.F. 05
CEMA TB

Opérateur: BADIANE Elhadji

Patient: Ibrahima Barry 07/07/98

N du Patient: 34

Date: 11-Fév-2022

Heure 12:56

Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 1.13 ml 3.0 ml
UCA2: ---- ml
POM1: -20 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 1.06 ml 3.0 ml
UCA2: ---- ml
POM1: -30 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 : ☒ 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ PNC/CCA
(3) Nom usuel BADIANE EL HADJI IBRAHIMA BAAY	(4) Nom de naissance :
(5) Prénom(s) NIASS Né(e) le : 07/07/1998 19872 DAKAR	(6) Date de naissance : (7) Sexe : ☒ Masculin ☐ Féminin
(12) Genre sollicité : ☒ Initial ☐ 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 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: 11.07.2022 Signature du demandeur: [Signature] Signature du médecin examinateur (AME): Dr P. JOURDAN
Médicine générale
CEMA TB-F-05

(302) Catégorie d'examen: ☒ Initial ☐ prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques: RAS
---	---

Examen clinique:

Contrôler chaque point	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	☒	☐
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)	☒	☐
(306) Position et mobilité oculaire	☒	☐
(307) Champs visuels (confrontation)	☒	☐
(308) Réflexes pupillaires	☒	☐
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	☒	☐
(310) Convergence PPC 6 cm	☒	☐
(311) Accommodation D	☐	☐

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatiques)

À la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie ☐ Oui ☒ Non	Phorie ☐ Oui ☒ Non
Épreuve de réserve de fusion ☐ Non effectué ☒ Normal ☐ Anormal	

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques Type: ISHIIHARA (24 planches)
nombre de planches présentées: **24** Nombre d'erreurs: **0**

Test approfondi de perception de couleurs indiqué ☐ Oui ☐ Non
Méthode: ☐ Normal ☐ Anormal

Lanterne de Beyne ☐ Anomaloscope ☐ Normal ☐ Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(322) Déclaration du médecin examinateur:

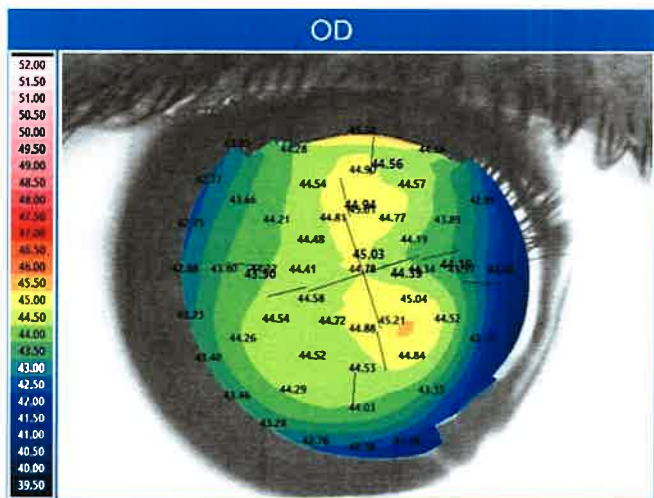
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date: <u>11.7.22</u>	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: <u>Dr Françoise CLERGUE</u> Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB-05	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste ☒ Apte ☐ Inapte

Information Patient

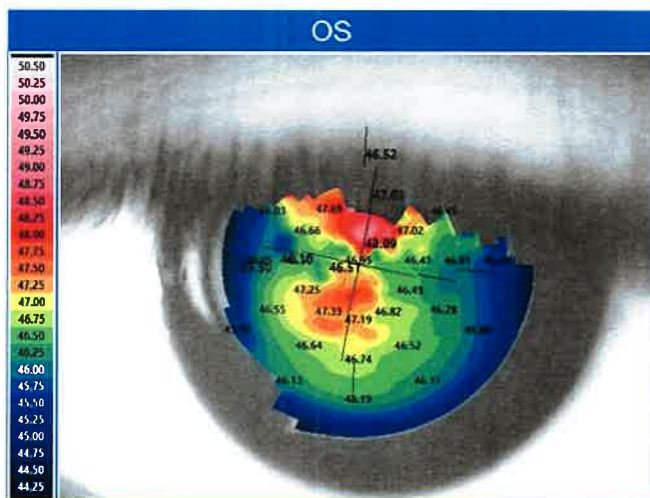
Patient	BADIANE El Hadji Ibrahima Baay	Sexe	M
Patient ID	30013	Date d'Examen	11/02/2022 10:41:03
Date de Naissance	07/07/1998		

MAPPE



D

Normalisée - Axiale



D

Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
44.39 @ 18°	44.19 @ 14°	43.50 @ 176°
45.03 @ 108°	44.94 @ 104°	44.56 @ 86°
-0.64D ax18°	-0.75D ax14°	-1.05D ax176°

3 mm	5 mm	7 mm
46.51 @ 168°	46.10 @ 170°	45.50 @ 177°
48.09 @ 78°	47.03 @ 80°	46.52 @ 87°
-1.58D ax168°	-0.93D ax170°	-1.02D ax177°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.60 mm	Y= 0.18 mm
Diamètre	11.52 mm	
Décentration Pupille	H= -0.14 mm	V= -0.22 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.12 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.72 D / 3mm: 44.75 D	

Décentration Cornée	X= 0.61 mm	Y= 0.29 mm
Diamètre	11.66 mm	
Décentration Pupille	H= 0.09 mm	V= -0.16 mm
Diamètre Pupille Moyen	2.34 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 47.08 D / 3mm: 47.19 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
45.50 D	0.72 D/mm	-0.02 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
48.19 D	1.46 D/mm	-1.12 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.31 D	SAI = 0.28 D	e = 0.40	44.76 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.76 D	SAI = 0.39 D	e = 0.57	47.05 D

Annotations

--

Patient: **BADIANE, El Hadji Ibrahima Baay**

Date de naissance: **07/07/1998**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30013**

Haag-Streit Diagnostics AG

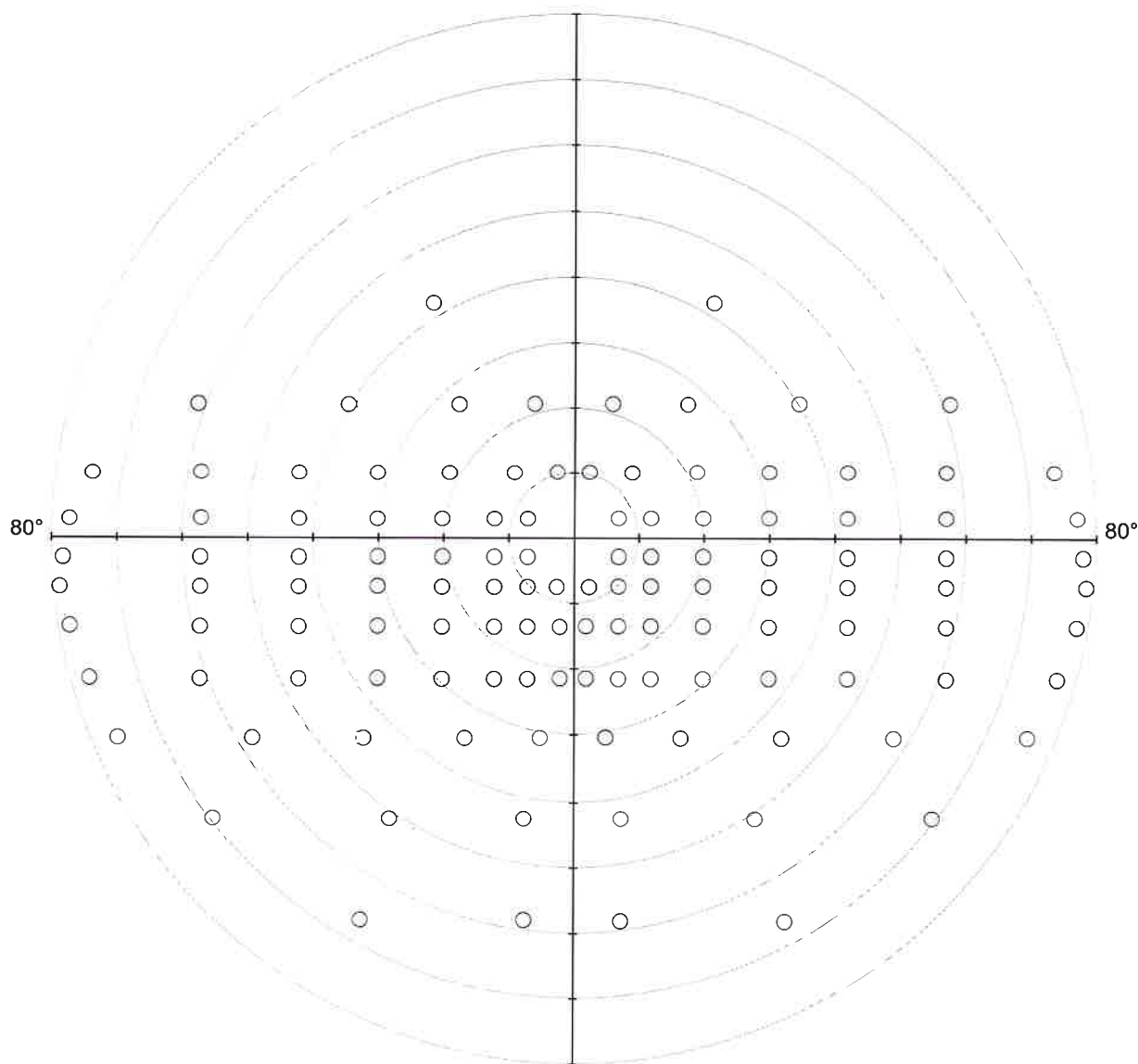
OU Valeur supraliminaire HFA

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: **03:24**

Stimulus: **B/B, III, Blanc**
Fond: **31.4 asb**
Stratégie: **1LT-ET**
Diamètre de la pupille: **Non mesuré**
Acuité visuelle:
Rx:

Date: **11/02/2022**
Heure: **09:27**
Âge: **23**



Score Esterman: **100**

○ Point vu: **120/120**

■ Point non vu: **0/120**

△ Tache aveugle

Commentaires

Signature

Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

BADIANE

ats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

EL HADJI IBRAHIMA BAAY

NOM :

NIASS

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

Né(e) le : 07/07/1998 19872

Lieu de naissance:

DAKAR THIES

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 psychotiques ? oui ☐ non ☒

troubles de l'humeur ? oui ☐ non ☒

troubles anxieux ? oui ☐ non ☒

trouble des conduites ? oui ☐ non ☒

troubles des conduites alimentaires: oui ☐ non ☒ IMC ?

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	☐	☒	☒	☒	☒	☐
aNle	☒	☐	☐	☐	☐	☐

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 ?

Passion à adolescence - RAS

expérience aéronautique (heures de vol) ? 5

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:

Signature Dr. P. CORREA

Medecin

CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dériv

Masculin		ID patient: 5		N° de salle :	
Département :		ambul.ID :		Nom infos diagn.:	
FC : 60bpm		Dr. P. CORREA		1. Rythme de sinus	
P : 98ms		Medecin		2. *** ECG Normal ***	
FP : 158ms		CEMA Toulouse			
QRS : 94ms					
QT/QTc : 405/407ms					
P/QRS/T : 78/53/46deg.					
RV5/SV1 : 2.000/1.453mV					
		BADIANE EL HADJI IBRAHIMA BAAY NIASS Né(e) le : 07/07/1998 19872 BATCHER THIES		Rapp. confirmé par: 10mm/mV	
				25mm/s	
				V4	
				V5	
				V6	
				V1	
				V2	
				V3	
				aVR	
				aVL	
				aVF	
				II	
				III	
				II	



Demande : Dr JOURDAN PIERRE

AÉROPORT-TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

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

Patient : M. BADIANE ELHADJI IBRAHIMA BAAY NIASS

Né(e) le 07.07.1998

Dossier N° 0120420020 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:29

Prélevé le 11.02.2022 à 11:29

Édité le 11.02.2022 à 09:46

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	3,7	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	5,02	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	13,5	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	41,5	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	82,6	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	26,9	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,6	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	13,1	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	25,5 % soit	0,94	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	1,7 % soit	0,06	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,8 % soit	0,03	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	58,6 % soit	2,17	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	13,4 % soit	0,50	G/L	N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :
Neutropénie

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	224,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
	8,3	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:
M. BADIANE ELHADJI IBRAHIMA BAAY NIASS
 Dossier N° 0120420020 00 du 11.02.2022 à 11:29
 prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 07.07.1998

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE

(Colorimétrie, cobas)

soit 0,84 g/l N: 0,70 - 1,10
 4,66 mmol/l N: 3,89 - 6,12

CREATININE

(Méthode enzymatique, Cobas)

soit 112 µmol/l N: 59 - 104
 13 mg/l N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)

DFG origine caucasienne 78 ml/min/1,73m²

DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine 90 ml/min/1,73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m²)	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)

soit 65 mg/l N: 34 - 70
 386,8 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)

soit 0,38 g/l N: Inf. à 1,98
 0,43 mmol/l N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

soit 1,76 g/l N: 1,00 - 2,20
 4,55 mmol/l N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

42 U/l N: 10 - 50

TRANSAMINASE G.P.

(Colorimétrie IFCC, Cobas)

29 U/l N: 10 - 50

G.G.T

(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

21 U/l N: 8 - 61

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. BADIANE ELHADJI IBRAHIMA BAAY NIASS

Dossier N° 012042002000 du 11.02.2022 à 11:29

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 07.07.1998

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 ****

Ludovic MERIOT

Biologiste médical

Au Médecin traitant
Aux bons soins de

Monsieur EL HADJI IBRAHIMA BAAY NIASS BADIANE

Blagnac, le 11 février 2022

Mon Cher Confrère,

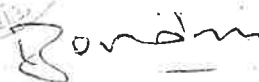
Je viens d'examiner pour sa visite d'admission PNT, Monsieur EL HADJI IBRAHIMA BAAY NIASS BADIANE, âgé de 23 ans.

Il présente une leuco-neutropénie à 3700 leucocytes et 940 polynucléaires neutrophiles.

Il est nécessaire de contrôler l'hémogramme et CRP dans 3 semaines environ et en cas d'anomalie persistante, d'avoir une consultation d'hématologie.

En vous remerciant de bien vouloir nous tenir informés des résultats, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur Pierre JOURDAN
Médecin Chef.



COMMUNAUTE ECONOMIQUE
DES ETATS DE L'AFRIQUE DE L'OUEST
ECONOMIC COMMUNITY OF WEST
AFRICAN STATES

REPUBLIQUE DU SENEGAL
REPUBLIC OF SENEGAL



PASSEPORT
Passport

A 02982667

Ce passeport contient 32 pages
This passport contains 32 pages

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Passeport /
Passport



Type / Type P Code du pays / Country code SEN N° Passeport / Passport No A02982667

Nom / Name
BADIANE

Prénoms / Given Names

ELHADJI IBRAHIMA BAAY NIASSE

Nationalité / Nationality

SENEGALAISE

Date de naissance / Date of birth
07 JUIL / JUL 1998

N° personnel / Personal No
1651199800218

Sexe / Sex M Lieu de naissance / Place of birth
TAIBA NDIAYE

Autorité / Authority
MINT/DGPN/DPETV

Date de délivrance / Date of issue
06 JAN / JAN 2022

Signature du titulaire / Holder's signature

Date d'expiration / Date of expiry
05 JAN / JAN 2027

P<SENBADIANE<<ELHADJI<IBRAHIMA<BAAY<NIASSE<<
A029826678SEN9807073M27010571651199800218<90



Je soussigné Dr

Pierre JOURDAN

☒ Médecin Chef/Directeur/Suppléant de l'AeMC de

TOULOUSE-BLAGNAC

☐ Médecin agréé de Classe 1

☐ Médecin agréé de Classe 2

Certifie que Mr/Mme (nom, prénom)

BADIANE Elhadji Ibrahima

Né(e) le

7/07/1998

Bay Niassé

Candidat à l'obtention :

☒ D'un certificat médical de Classe 1

☐ D'un certificat médical de Classe 2 (pilote privé avion ou pilote privé hélicoptère)

☐ D'un certificat médical de Classe LAPL (LAPL avion)

☐ D'un certificat médical de Classe 2 (brevet de base, pilote de planeur, pilote de ballon libre)

☐ D'un certificat d'aptitude personnel d'essais et réceptions

☐ D'une attestation d'aptitude physique et mentale de membre d'équipage de cabine

☐ D'un certificat autre : précisez lequel : _____

A été examiné(e) ce jour, le

11 Février 2022

Et qu'il (elle) **ne répond pas** aux normes d'aptitude médicale prévues par :

☒ L'annexe IV PART-MED du règlement (UE) N° 1178/2011 de la Commission du 3 Novembre 2011.

☐ L'arrêté du 27 Janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3).

☐ L'arrêté du 2 Décembre 1988 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique de l'aviation civile.

☐ L'arrêté du 4 Septembre 2007 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant commercial.

☐ L'arrêté du 26 Octobre 2007 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (personnels d'essais et réceptions).

Son dossier est transmis au Pôle Médical de la DSAC/PN sous pli confidentiel médical.

Document remis en main propre au candidat (copie adressée au Pôle Médical)

Fait à

Blagnac

Le

11 Février 2022

Signature et cachet

Jordan

Dr P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AeMC - 05

