

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES.. SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : SENEGAL		(13) N° référence:	
(3) Nom : DIA		(4) Nom de naissance	
(5) Prénom(s) : EL HADJI ABDOUL YAYA		(6) Date de naissance <small>JJ/MM/AAAA</small> 22/09/1999	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR SENEGAL		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
(10) Adresse permanente : CITE BIAGUI Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221777691258 Courriel : ABDOULDIA999@GMAIL.COM		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
		(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE	
		(15) Profession (principale) : ETUDIANT	
		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
		(17) Dernier examen médical : Date : 14/12/2021 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE DAKAR SENEGAL	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 4 HEURES	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 4 HEURES
(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 type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

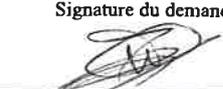
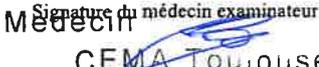
Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

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	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
A remplir uniquement pour les femmes												
										(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(30) Remarques :
 (123) PALUDISME
 (177) PERE ASTHMATIQUE

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon s c re 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   LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces rapports et de mes 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 séro 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 contenues dans mon certificat médical sont utilisées également pour l'information 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'ARR.MED.150 (c) (4).

Date : **27/01/2022** Signature du demandeur :  Signature du médecin examinateur : 

CEMA TOULOUSE



DIA
 EL HADJI ABDOUL YAYA
 Né(e) le : 22/09/1999 **19867**
 DAKAR

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(à compléter au formulaire pour demande de certificat médical)

E PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : _____ Prénoms : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
 Lieu de naissance : _____

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>176 cm</i>	(203) Poids <i>86 kg</i>	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>120</i>	Diastolique <i>70</i>	Pulsations (bpm) <i>89</i>	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 buccale, 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) 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
Caedat. An. Scyecl, 22ans. Etudiant Sc. physique. Rése d'oeufant.
(221) Pelfution tumeur bourse - au dépend epididyme - G du mobile xxx.
Toxiques négatifs.
Talbecu = 0
Aldo = 0
111 = 0
Spart = 0

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

Ceil droit sans correction	Corrigée à	
Ceil 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
Ceil droit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près		sans correction		avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Ceil droit			
Ceil gauche			

(313) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
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)			
	Oreille droite	Oreille gauche	
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Audiométrie éventuelle			
Hz	500	1000	2000 3000 4000 6000
Oreille droite			
Oreille gauche			

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEEMS/CV <i>96</i> %	Peak Flow (l/min) <i>13.2</i> (g/dl)	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose <i>0</i>	Protéines <i>0</i>	Sang <i>0</i>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<i>11-02-20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<i>11-02-20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	<i>11-02-20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	<i>11-02-20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	<i>11-02-20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	<i>11-02-20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G : <i>15</i> D : <i>17</i> mmHg	<input type="checkbox"/>	<i>11-02-20</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers (Sujet?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : *Simple*
 Dr. N°P : **CORREA**
 Signature : *[Signature]*
 Echog Testic - Medecin
 GEMA Toulouse

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

APTÉ 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 : *Echo + urologie*
 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 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :
simple exam demandé

(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>11.02.2020</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: <i>[Signature]</i> 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: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) No: DIA EL HADJI ABDOUL YAYA	(4) Nom de naissance:
(5) Prénom: Né(e) le : 22/09/1999 19867 DAKAR	(6) Date de naissance:
	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> 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: 11-09-2022 Signature du demandeur: [Signature] Signature du médecin examinateur (AME): Dr. P. CORREA
Medecin
CEMA Toulouse

(402) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents ORL:
---	------------------------

Examen clinique:
Cocher chaque item

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

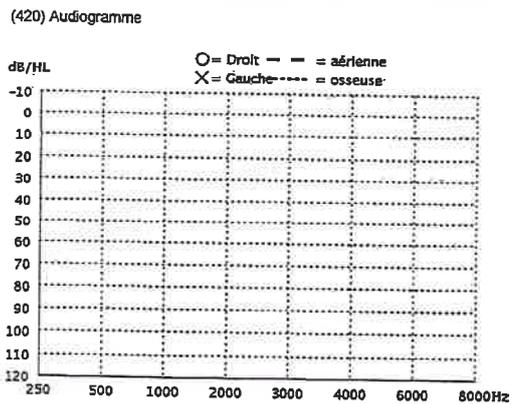
(419) Audiométrie tonale

db HL (seuil d'audition)

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	20	20		
500	20	20		
1000	20	20		
2000	20	20		
3000	20	20		
4000	20	20		
6000	20	20		
8000	20	20		

Tests supplémentaires (si indiqués)

	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(415) Rhinoscopie postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(416) ENG: nystagmus spontané et positionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(417) Epreuve calorique différentielle - Epreuve vestibulaire rotatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(418) Laryngoscopie directe ou indirecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(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: <u>11-09-2022</u>	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	Cachet et n° de FAME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr. P. CORREA Medecin CEMA Toulouse	E-mail: Téléphone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Audiométrie tonale



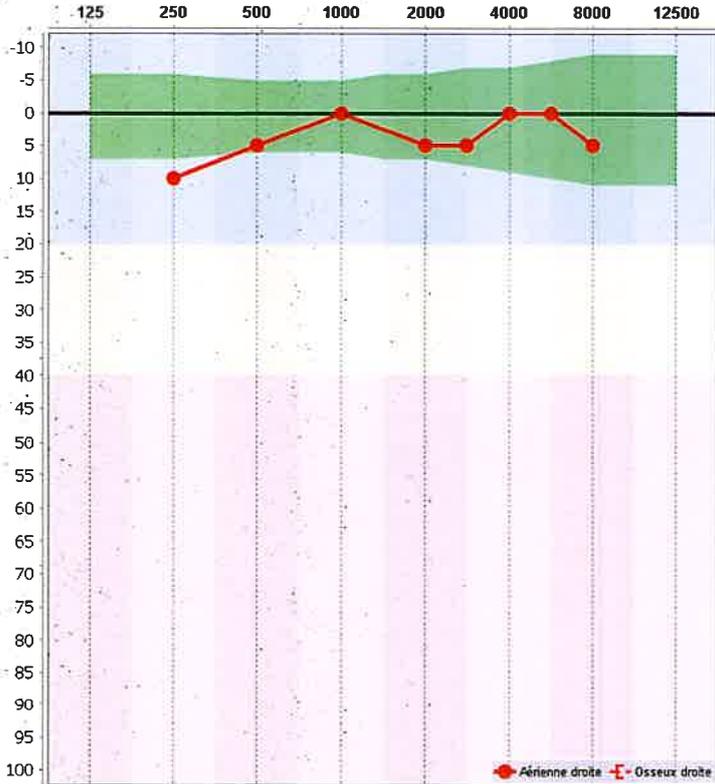
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **El Hadji Abdoul Yaya Dia**

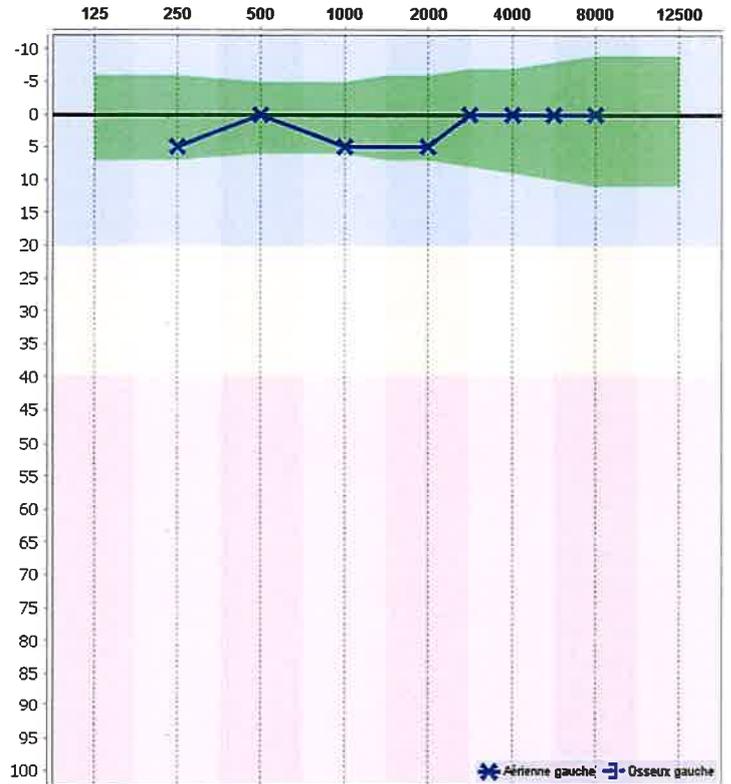
Date de naissance 22 sept. 1999

Date de mesure 11/02/2022 12:18:42

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	3,33 dB HL	3,33 dB HL
Indice précoce d'alerte	0,00 dB HL	1,67 dB HL
Indicateur médico-légal	3,50 dB HL	2,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	2,50 dB HL	2,50 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 1	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

Dia , El Hadji Abdoul Yaya

ID: 30011 Âge: 22 (22/09/1999)

Sexe **Masculin** Taille **176 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **56 kg** IMC **18.1**

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 85 %

Date du test **11/02/2022 12:21:32** 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**

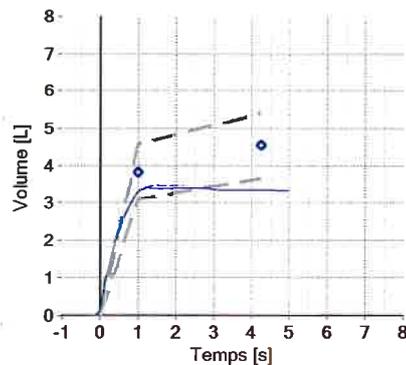
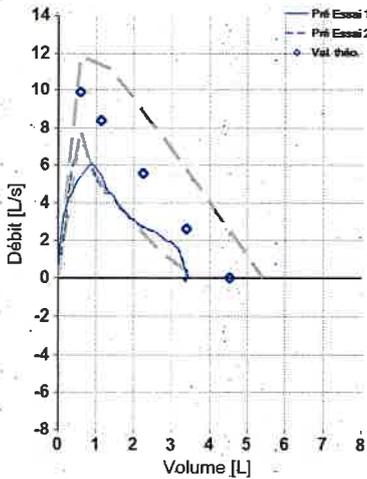
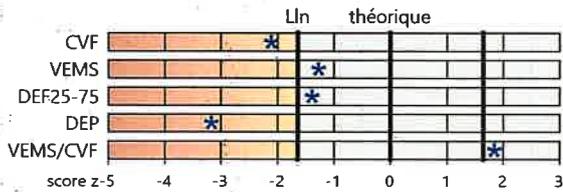
Paramètre	Théo.	Pré				%Théo.
		Lln	Meilleur	Essai 1	Essai-2	
CVF [L]	4,53	3,65	3,40*	3,40*	3,46*	75
VEMS [L]	3,83	3,09	3,26	3,26	3,27	85
VEMS/CVF	0,827	0,709	0,960	0,960	0,946	116
DEF25-75 [L/s]	5,04	3,33	3,59	3,59	3,46	71
DEP [L/s]	9,88	7,89	6,05*	6,05*	7,08*	61
TEF [s]	-	-	4,3	4,3	2,2	-

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: DiA El Hadji Abdoul

Patient: Yafa 22/9/99

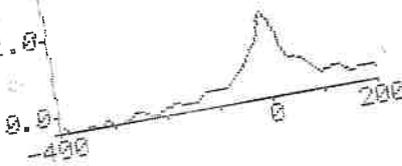
N du Patient: 39

Heure 13:20

Date: 11-Fév-2022

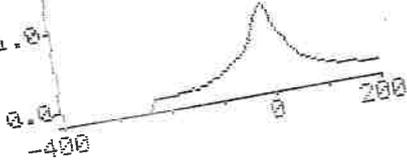
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 1.01 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: 0 daP 2.0
POM2: --- daP
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.78 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: -5 daP 2.0
POM2: --- daP
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 : <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom : DIA EL HADJI ABDOUL YAYA Né(e) le : 22/09/1999 19867	(4) Nom de naissance : (12) Genre sollicité : <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénoms : DAKAR	(6) Date de naissance : (7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin (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 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: M. 2 2022 Signature du demandeur: [Signature] Signature du médecin examinateur (AME) : Dr P. JOURDAN Médecine générale CEMA TB-F 05

(302) Catégorie d'examen: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques: RAS
--	---

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'oeil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	5 cm <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
		Corrigé à				
Oeil droit	10/10		10		10	
Oeil gauche	10/10		10		10	
Vision Binoculaire	10/10		10		10	

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
		Corrigé à				
Oeil droit	12/10		10		10	
Oeil gauche	12/10		10		10	
Vision Binoculaire	12/10		10		10	

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact	
		Corrigé à				
Oeil droit	12/10		10		10	
Oeil gauche	12/10		10		10	
Vision Binoculaire	12/10		10		10	

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	ORTHO	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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Oeil droit	+1	-0,25	10	
Oeil gauche	+1,25	-0,50	5	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(313) Perception des couleurs

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

Test approfondi de perception de couleurs indiqué Oui Non
Méthode: Normal Anormal Oui Non
Lanterne de Beyne Anomaloscope Normal Anormal Oui Non
 Normal Anormal

(318) Lunettes Oui Non Type: **UNIFOCALES**
(319) Lentilles de contact Oui Non Type: **TNO: 60"**

(320) Tension intra-oculaire

Droit	17,3 mmHg	Gauche	15,3 mmHg
-------	------------------	--------	------------------

Méthode: Normal Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:
Lunettes portées -0,25 / (-0,75 à 5°)

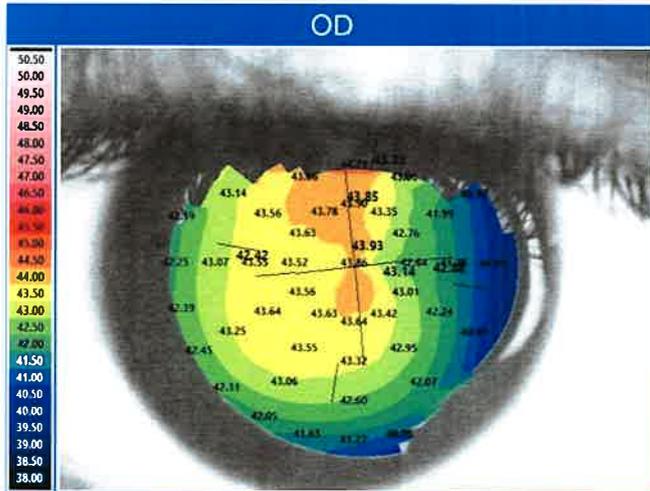
(322) Déclaration du médecin examinateur:
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date: 11.2.22	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: Dr Françoise CLERGUE Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB - 05	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

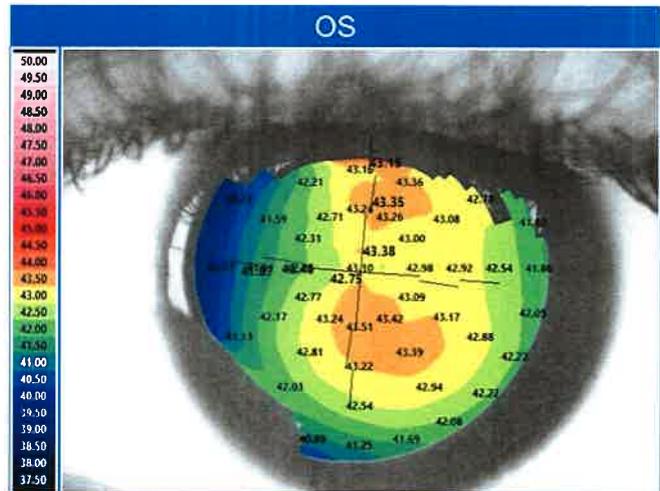
Information Patient

Patient	DIA El Hadj Abdoul Yaya	Sexe	M
Patient ID	30011	Date d'Examen	11/02/2022 12:13:27
Date de Naissance	22/09/1999		

MAPPE



D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
43.14 @ 7°	42.88 @ 6°	42.42 @ 171°
43.93 @ 97°	43.85 @ 96°	43.23 @ 81°
-0.79D ax7°	-0.97D ax6°	-0.81D ax171°

3 mm	5 mm	7 mm
42.75 @ 176°	42.48 @ 171°	41.87 @ 175°
43.38 @ 86°	43.35 @ 81°	43.15 @ 85°
-0.63D ax176°	-0.87D ax171°	-1.28D ax175°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.68 mm	Y= -0.23 mm
Diamètre	11.78 mm	
Décentration Pupille	H= -0.04 mm	V= 0.07 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.08 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.54 D / 3mm: 43.63 D	

Décentration Cornée	X= 0.63 mm	Y= -0.17 mm
Diamètre	11.71 mm	
Décentration Pupille	H= 0.15 mm	V= 0.00 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.08 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.02 D / 3mm: 43.06 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
44.75 D	0.99 D/mm	-0.84 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
43.93 D	0.93 D/mm	-0.42 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.58 D	SAI = 0.38 D	e = 0.48	43.73 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.56 D	SAI = 0.29 D	e = 0.45	43.06 D

Annotations

Patient: **DIA, El Hadj Abdoul Yaya**

Date de naissance: **22/09/1999**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **3011**

Haag-Streit Diagnostics AG

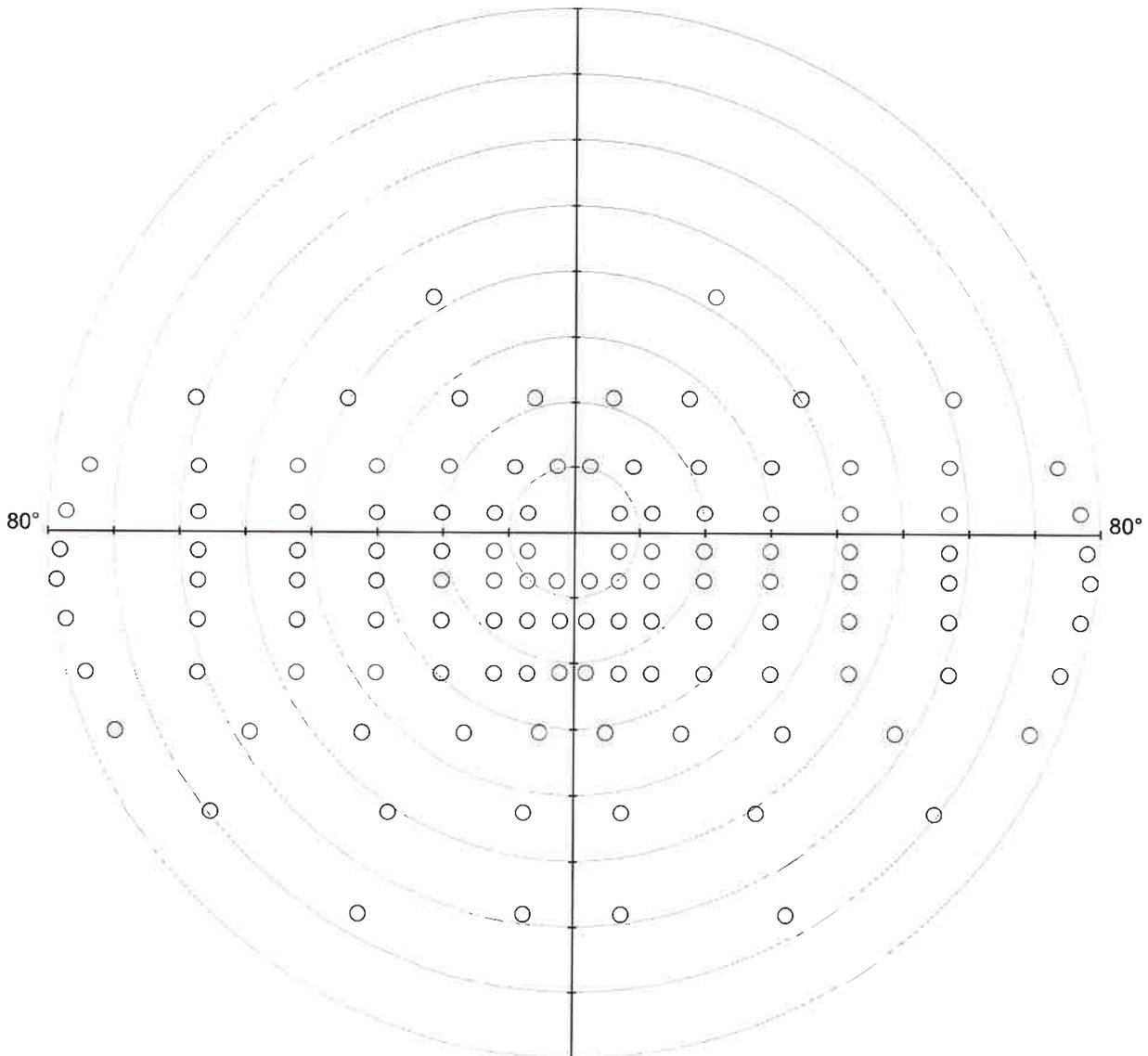
OU Valeur supraliminaire HFA

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: **03:22**

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: **11:00**
Âge: **22**



Score Esterman: **100**

○ Point vu: **120/120**

■ Point non vu: **0/120**

△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

DIA

EL HADJI ABDOUL YAYA

Données à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

Né(e) le : 22/09/1999 **19867**
DAKAR

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance:
Pays de naissance:

NOM :
Prénoms :

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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
aNle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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 enfant - = RAS.

expérience aéronautique (heures de vol) ? *4*

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*

Médecin

Toulouse

Rapport ECG 12 dér

Masculin

ID patient:6

N° de salle :

Département :

FC : 89bpm
P : 85ms
FP : 147ms
QRS : 87ms
QT/QTc : 343/419ms
P/QRS/T : 65/87/0deg.
RV5/SV1 : 2.786/1.907mV

Nom infos diagn.:

1. Rythme de sinus
2. Hypertrophie ventriculaire gauche
3. Anomalie consécutive de l'onde T possible

Suyet Longuis

Dr. P. CORREA

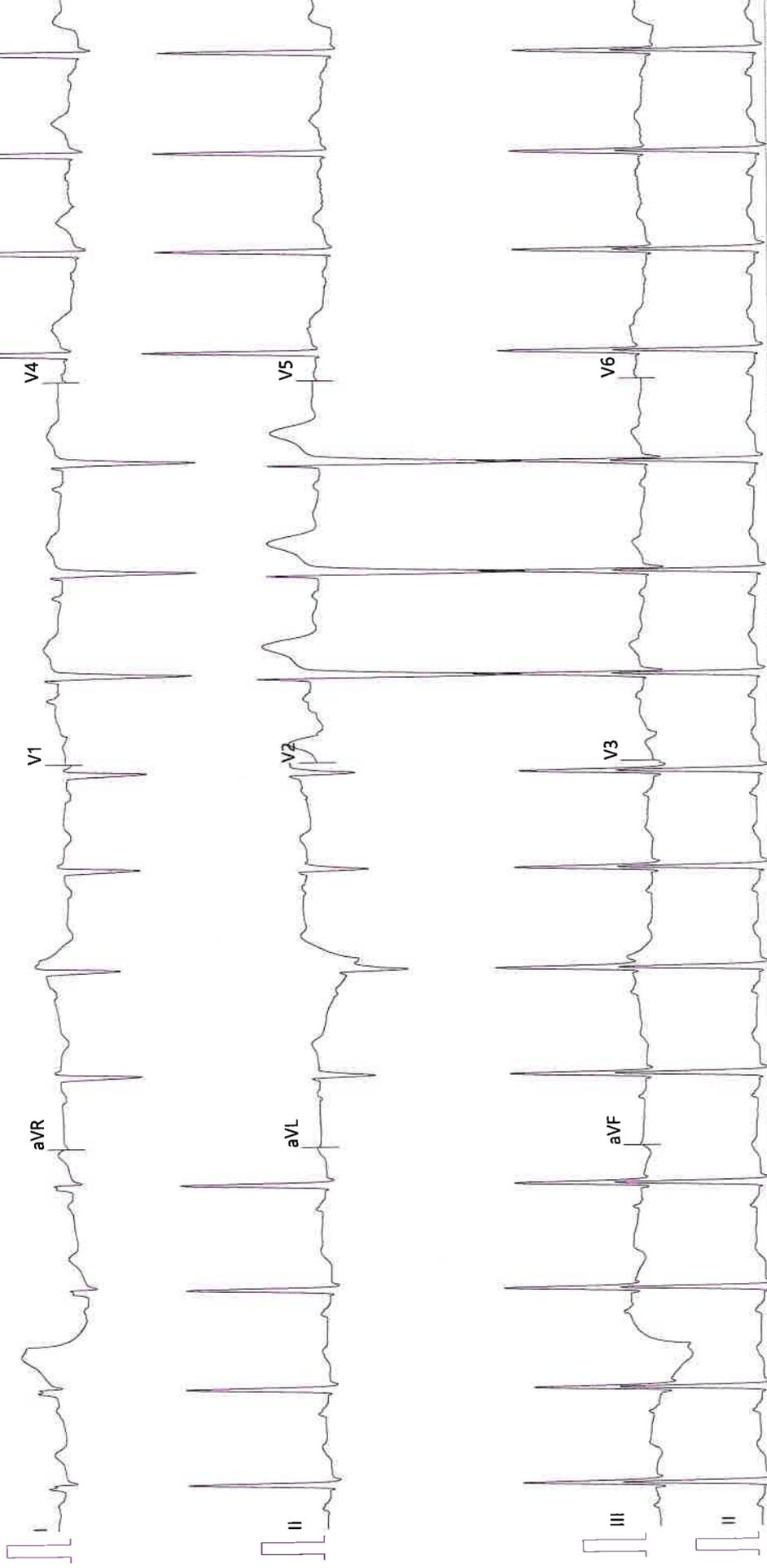
Medecin

CEMA Toulouse

DIA

EL HADJI ABDOUL YAYA
Né(e) le : 22/09/1999 **19867**
DAKAR

Rapp. confirmé par:
10mm/mV
25mm/s





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

Demande : Dr JOURDAN PIERRE

AEROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

Patient : M. DIA EL HADJI ABDOUL YAYA

Né(e) le 22.09.1999

Dossier N° 0120420018 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:27

Prélevé le 11.02.2022 à 11:27

Edité le 11.02.2022 à 09:52

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	3,8	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	4,53	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	13,8	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	41,7	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	92,0	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	30,5	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	33,1	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	13,9	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	48,9 % soit	1,86	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	3,2 % soit	0,12	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,8 % soit	0,03	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	35,3 % soit	1,34	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	11,8 % soit	0,45	G/L	N: 0,20 à 0,80

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	8,0	fL	N: 7,5 à 11,2
---------------------------	-----	----	---------------

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. DIA EL HADJI ABDOUL YAYA**

Né(e) le 22.09.1999

Dossier N° 0120420018 00 du 11.02.2022 à 11:27
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

	0,90	g/l	N: 0,70 - 1,10
soit	4,99	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

	75	μmol/l	N: 59 - 104
soit	8	mg/l	N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **120** ml/min/1.73m²DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine **139** ml/min/1.73m²

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	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)*

	44	mg/l	N: 34 - 70
soit	261,8	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)*

	0,36	g/l	N: Inf. à 1,98
soit	0,41	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	1,58	g/l	N: 1,00 - 2,20
soit	4,09	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

	23	U/l	N: 10 - 50
--	----	-----	------------

TRANSAMINASE G.P.*(Colorimétrie IFCC, Cobas)*

	16	U/l	N: 10 - 50
--	----	-----	------------

G.G.T*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	35	U/l	N: 8 - 61
--	----	-----	-----------

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. DIA EL HADJI ABDOUL YAYA

Dossier N° 012042001800 du 11.02.2022 à 11:27
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 22.09.1999

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 ww.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 ABDOUL YAYA DIA

Blagnac, le 11 février 2022

Mon Cher Confrère,

Je viens d'examiner pour sa visite d'admission PNT, Monsieur EL HADJI ABDOUL YAYA DIA, âgé de 22 ans.

Il présente un nodule de la bourse gauche.

Il est nécessaire d'avoir :

- Une échographie testiculaire.
- Une consultation d'urologie.

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 P. JOURDAN
Médecin Chef.



Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique de Toulouse Blagnac

Aéroport de Toulouse Blagnac-Bat 5-Hall B-3^{ème} étage-BP 60030-31701 BLAGNAC CEDEX

Tél : 33(0)5 61 71 06 71/ fax : 33(0)5 61 71 06 72.

www.cempr.fr/contact@cempr.fr

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) Di A El Hadji Abdoul yaya

Né(e) le 22 09 1999

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 11.02.2022

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 adressé au Pôle Médical)

Fait à Toulouse

Le 11.02.2022

Signature et cachet


Dr P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AeMC - 05