

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 : SAMB		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : BABACAR		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : FATICK, SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 20/09/1996	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : 244 DJIDDAH 2 PIKINE Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221778065699 Courriel : SAMBBABACAR66@GMAIL.COM		(9) Nationalité : SENEGALAISE	(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) : ETUDIANT	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(17) Dernier examen médical : Date : 07/01/2022 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERO NAUTIQUE, DAKAR, SENEGAL	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(21) Nombre total d'heures de vol : 05	
		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 05	
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON	
		(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION	
		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multiplane <input type="checkbox"/>	
		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>
(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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	A remplir uniquement pour les femmes			
(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"/>			(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(133) Exempt� ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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 :

(122) ANEMIE EN 2014; (123) PALUDISME EN 2010; (171) GRAND-MERE MATERNEL ET MERE; (175) MERE DIABETIQUE.

(31) Declaration : 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 déjà 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 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 devrondent rester 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 selon l'ARAMED.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) (i) / (ii) ainsi qu'aux assureurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED.150 (c) (4).

Date :

28/01/2022

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

Dr. J. Y. LAFAILLE
Médecin général
CEM de Banjul



SAMB
BABACAR
Né(e) le : 20/09/1996 30092
DAKAR

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

et au formulaire pour demande de certificat médical)

PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : Prénoms : Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 20/09/1996
Lieu de naissance : FATICK (Senegal)

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 181 cm	(203) Poids 67,8 kg	(204) Yeux couleur marron	(205) Cheveux couleur noirs	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 120	Diastolique 80	Pulsations (bpm) 70	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 checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input 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
25 ans EP. Cadet An Senegal (Licence Médecine Appliquée) *celibataire 2015 enfant*
Toxiques négatifs. *Red Tabac Alcool.* *Spent: CAP gym. 103/sem.*

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

Ceil droit sans correction	Corrigée à	Lunettes/Contact
Ceil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

Ceil droit	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
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 N5 lu à 30 - 50cm

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

(234) 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 réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	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

VEMS/CV 93 %	Peak Flow (l/min)	Hémoglobine (g/dl)
Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

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

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	11/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	11/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	11/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	11/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	11/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	11/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Tonométrie G: 16 D: 13 mmHg	<input type="checkbox"/>	11/02/2022	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : *APTE* Nom : *Dr J.-Y. LAFAILLE*
Signature : *Dr J.-Y. LAFAILLE*
Médecin généraliste
CEMA TB-F-05

(247 bis) 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
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
apte classé
→ 11.02.2023

(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 : 11.02.2022
et lieu :
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: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom: SAMB BABACAR Né(e) le: 20/09/1996 30092	(4) Nom de naissance:
(5) Prén: DAKAR	(6) Date de naissance: 20/09/1996
(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: **11/02/2022** Signature du demandeur: *[Signature]* Signature du médecin examinateur (AME): **Dr J.-Y. LAFAILLE Médecine générale CEMA TB-F-05**

(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: RAI
---	--------------------------------------

Examen clinique:
Cocher chaque item

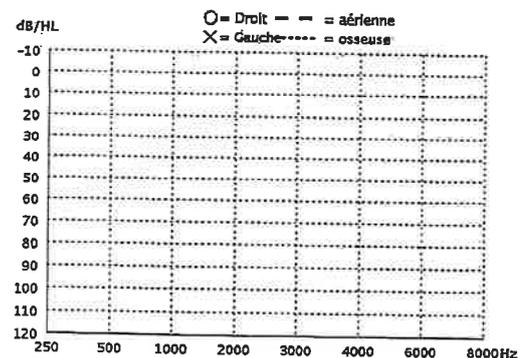
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (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	5	5		
500	5	5		
1000	5	5		
2000	5	5		
3000	5	5		
4000	5	5		
6000	5	5		
8000	5	5		

(420) Audiogramme



Tests supplémentaires (si indiqués)

	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input type="checkbox"/>	<input 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 calorifique 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:

[Empty box for remarks and recommendations]

(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: Le 11/02/2022 <i>Toulon Blop</i>	Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste: Dr J.-Y. LAFAILLE Médecine générale CEMA TB-F-05
Signature du médecin examinateur agréé: <i>[Signature]</i>	E-mail: Téléphone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Audiométrie tonale



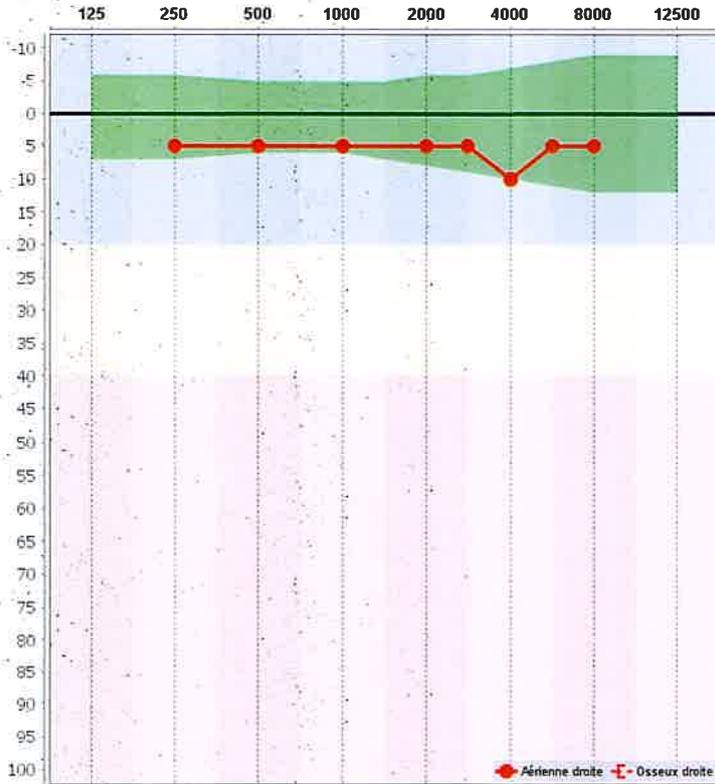
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Babacar Samb**

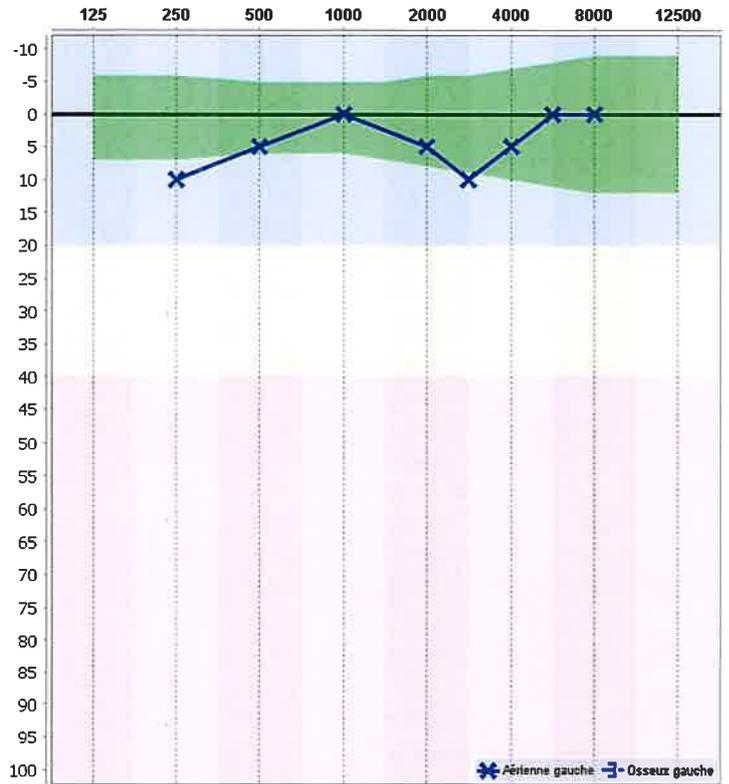
Date de naissance 20 sept. 1996

Date de mesure 11/02/2022 09:15:39

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	3,33 dB HL	5,00 dB HL
Indice précoce d'alerte	5,00 dB HL	6,67 dB HL
Indicateur médico-légal	3,00 dB HL	5,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	3,75 dB HL	6,25 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 2	Coef. : 1

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

Samb, Babacar

Je: 25 (20/09/1996)

Sexe **Masculin** Taille **181 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **70 kg** IMC **21.4**

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 88 %

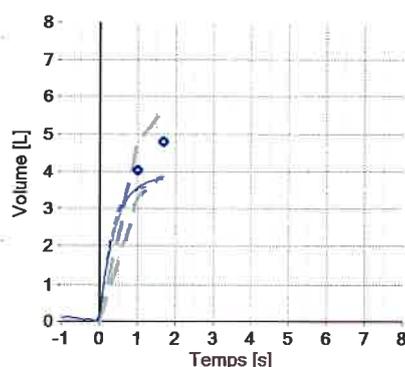
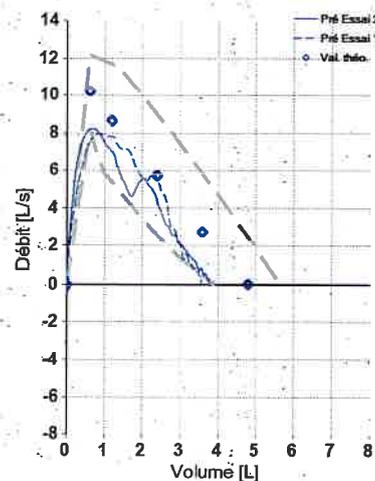
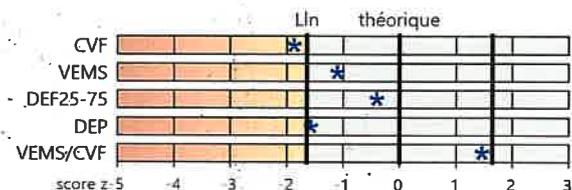
Date du test **11/02/2022 09:19:36** Interprétation **GOLD(2008)/Hardie** Sélection de valeur **Meill. valeur**
 Heure post Val. théo. **ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88** BTPS (insp/exp) **1,12/1,02**

Paramètre	Théo.	Pré			%Théo.	
		Lln	Meilleur	Essai-2		Essai-1
CVF [L]	4,78	3,90	3,78*	3,78*	3,57*	79
VEMS [L]	4,02	3,28	3,53	3,53	3,49	88
VEMS/CVF	0,827	0,709	0,933	0,933	0,979	113
DEF25-75 [L/s]	5,14	3,42	4,71	4,71	6,21	92
DEP [L/s]	10,19	8,20	8,28	8,28	7,98*	81
TEF [s]	-	-	1,7	1,7	1,2	-

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.

Qualité du test Pré F
 Interprétation système Pré Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables





ZODIAC 981 N/S 37874
Casque N/S ---
Date Cal: 21-Oct-2021

ReMC: U.E.F. 85
CEMA TB

Opérateur: SANB Babacar

Patient: 20/9/96

N du Patient: 26

Date: 11-Fév-2022

Heure 10:18

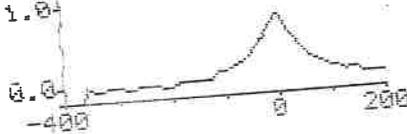
Temp.: FTE-I Gauche

VCA1: 1.43 ml 3.0 ml
VCA2: --- ml
POM1: 5 daP
POM2: --- daP 2.0
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

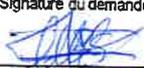
VCA1: 1.21 ml 3.0 ml
VCA2: --- ml
POM1: 0 daP
POM2: --- daP 2.0
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



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: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom: SAMB BABACAR	(4) Nom de naissance:
(5) Prénoms: Né(e) le: 20/09/1996 30092 DAKAR	(6) Date de naissance: 20/09/1996
	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(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: 11/2/22 Signature du demandeur:  Signature du médecin examinateur (AME): Dr J.-Y. LAFAILLE Médecin générale CEMA TB-F-05	

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

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'œil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	1006 cm	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Œil droit	10/10		10	10	10
Œil gauche	9/10		10	10	10
Vision Binoculaire	10/10		10	10	10

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

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Œil droit	R2/10		10	10	10
Œil gauche	R2/10		10	10	10
Vision Binoculaire	R2/10		10	10	10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Œil droit	R2/10		10	10	10
Œil gauche	R7/10		10	10	10
Vision Binoculaire	P2/10		10	10	10

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	-0,75	-0,150	5	
Œil gauche	-0,150	-0,150	35	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

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: ISHIHARA (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

Normal Anormal

(318) Lunettes Oui Non

(319) Lentilles de contact Oui Non

Type: _____

(320) Tension intra-oculaire

Droit	13 mmHg	Gauche	16 mmHg
-------	----------------	--------	----------------

Méthode: 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: **11.2.22**

Signature du médecin examinateur agréé: **Dr Françoise CLERGUÉ Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB - 05**

Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules): _____

N° d'AME ou de spécialiste: _____

E-mail: _____ Telephone No: _____ Fax No: _____

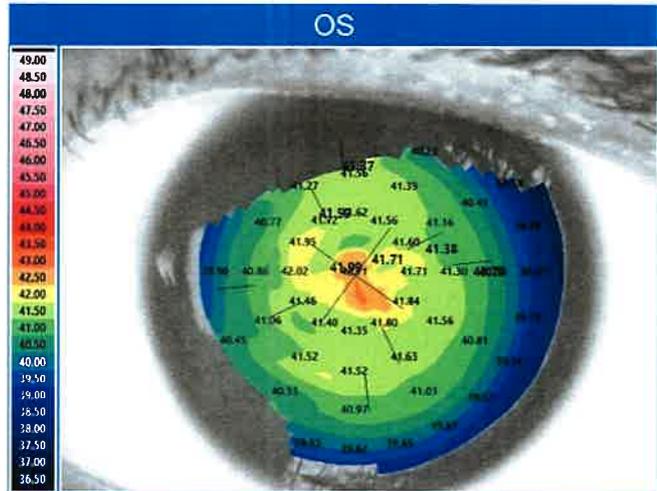
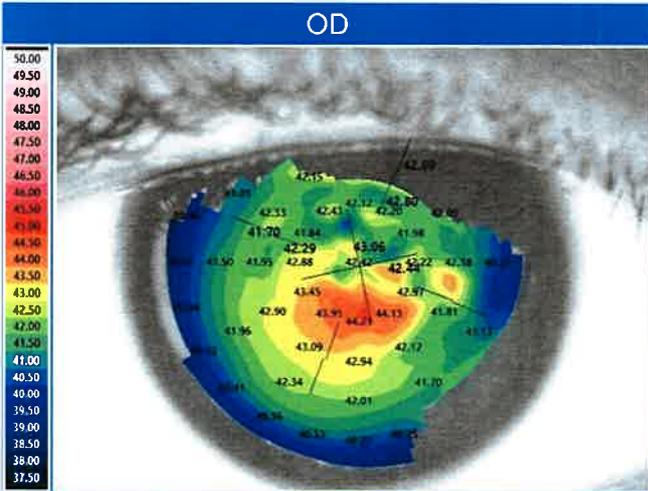
Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste: Apte Inapte

Information Patient
 Patient
 Patient ID
 Date de Naissance

SAMB
 BABACAR
 Né(e) le : 20/09/1996 **30092**
 DAKAR

Sexe	M
Date d'Examen	11/02/2022 09:39:20

MAPPE



D Normalisée - Axiale

D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
42.44 @ 12°	42.29 @ 160°	41.70 @ 159°
43.06 @ 102°	42.80 @ 70°	42.69 @ 69°
-0.61D ax12°	-0.50D ax160°	-0.99D ax159°

3 mm	5 mm	7 mm
41.71 @ 54°	41.38 @ 27°	40.79 @ 6°
41.99 @ 144°	41.59 @ 117°	41.37 @ 96°
-0.28D ax54°	-0.21D ax27°	-0.58D ax6°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.30 mm	Y= 0.01 mm
Diamètre	11.53 mm	
Décentration Pupille	H= 0.06 mm	V= -0.11 mm
Diamètre Pupille Moyen	2.84 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 42.72 D / 3mm: 42.78 D	

Décentration Cornée	X= 0.41 mm	Y= -0.02 mm
Diamètre	11.62 mm	
Décentration Pupille	H= 0.28 mm	V= 0.09 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.47 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 41.83 D / 3mm: 42.00 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
45.46 D	1.78 D/mm	-0.20 D	10%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
42.55 D	0.97 D/mm	0.27 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 1.23 D	SAI = 1.14 D	e = 0.88	42.48 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.78 D	SAI = 0.27 D	e = 0.33	42.41 D

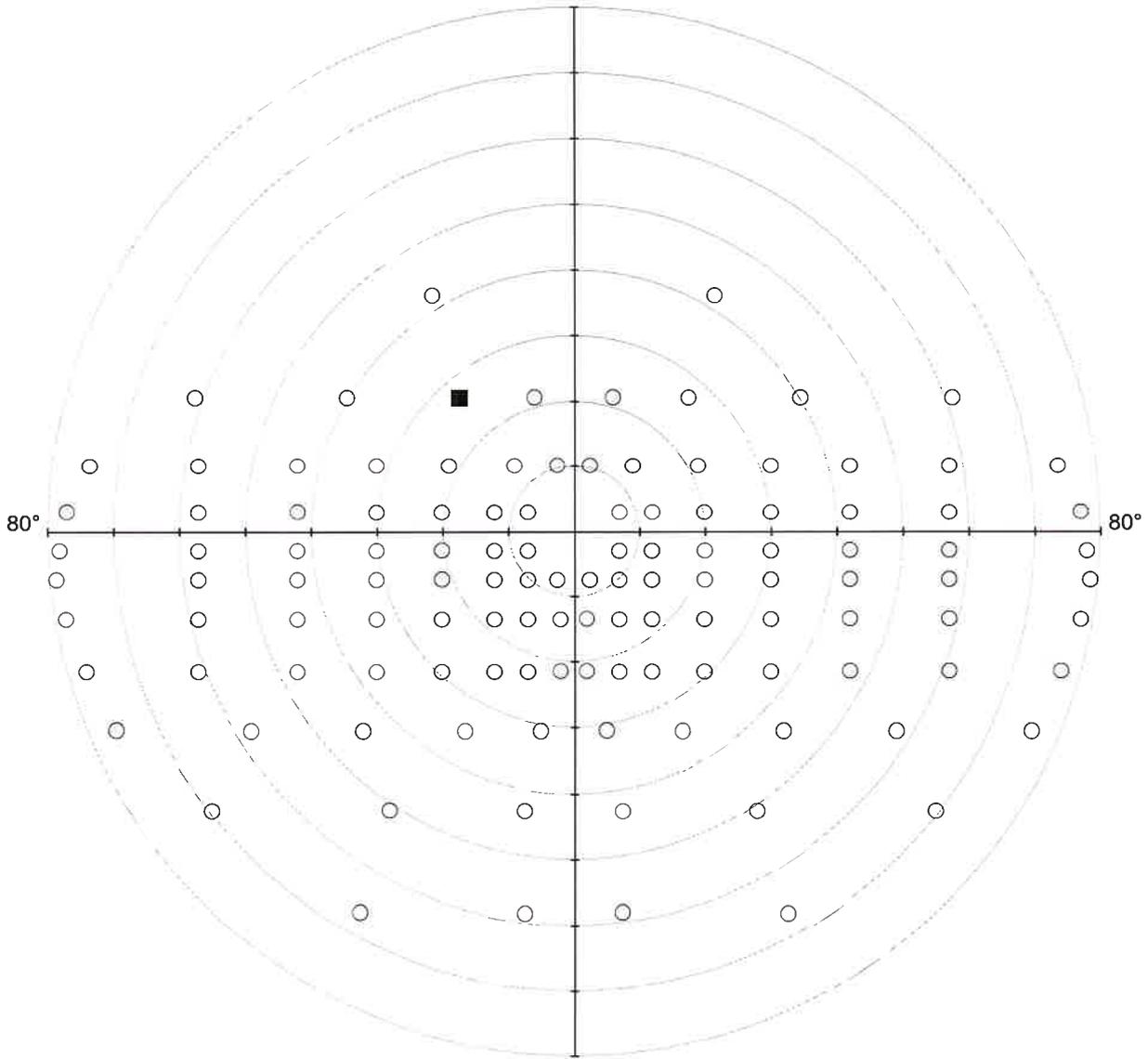
Annotations

Patient: **SAMB Bahacar**
 Date de naissance: **SAMB BABACAR**
 Sexe: **masculin** Né(e) le : 20/09/1996 **30092**
 Identifiant du patient: **DAKAR**

Haag-Streit Diagnostics AG

OU Valeur supraliminaire HFA ET - Esterman

Contrôle de fixation:	Arrêt	Stimulus:	B/B, III, Blanc	Date:	11/02/2022
Cible de fixation:	Croix	Fond:	31.4 asb	Heure:	08:25
Pertes de fixation:	n/a	Stratégie:	1LT-ET	Âge:	25
Erreurs faux POS:	0/5	Diamètre de la pupille:	Non mesuré		
Erreurs faux NÉG:	0/5	Acuité visuelle:			
Durée du test:	03:24	Rx:			



Score Esterman: **99**
 ○ Point vu: **119/120**
 ■ Point non vu: **1/120**
 △ Tache aveugle

Commentaires

Signature

[Redacted comment area] [Redacted signature area]



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

SAMB
BABACAR

dates à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

Né(e) le : 20/09/1996 30092
DAKAR

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 20/09/1996
Lieu de naissance : FATICK
Pays de naissance : SENEGAL

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 ? 21.2

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 ? :

expérience aéronautique (heures de vol) ? 5

Bonne Notivete bien structurée

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 : Dr J.-Y. LAFAILLE
date: Médecine générale
CEMA TB-F-05

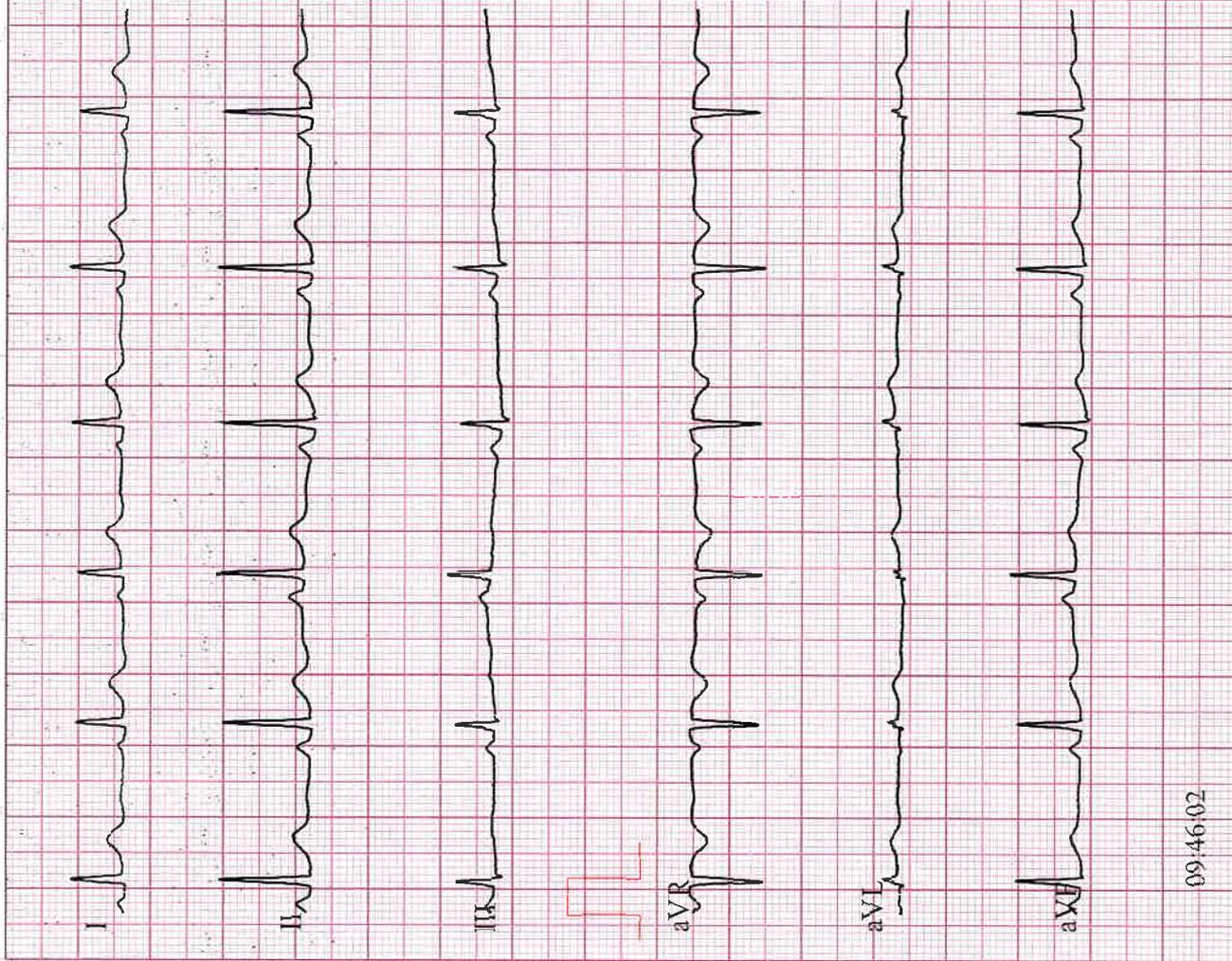
Signature :

Examen ECG

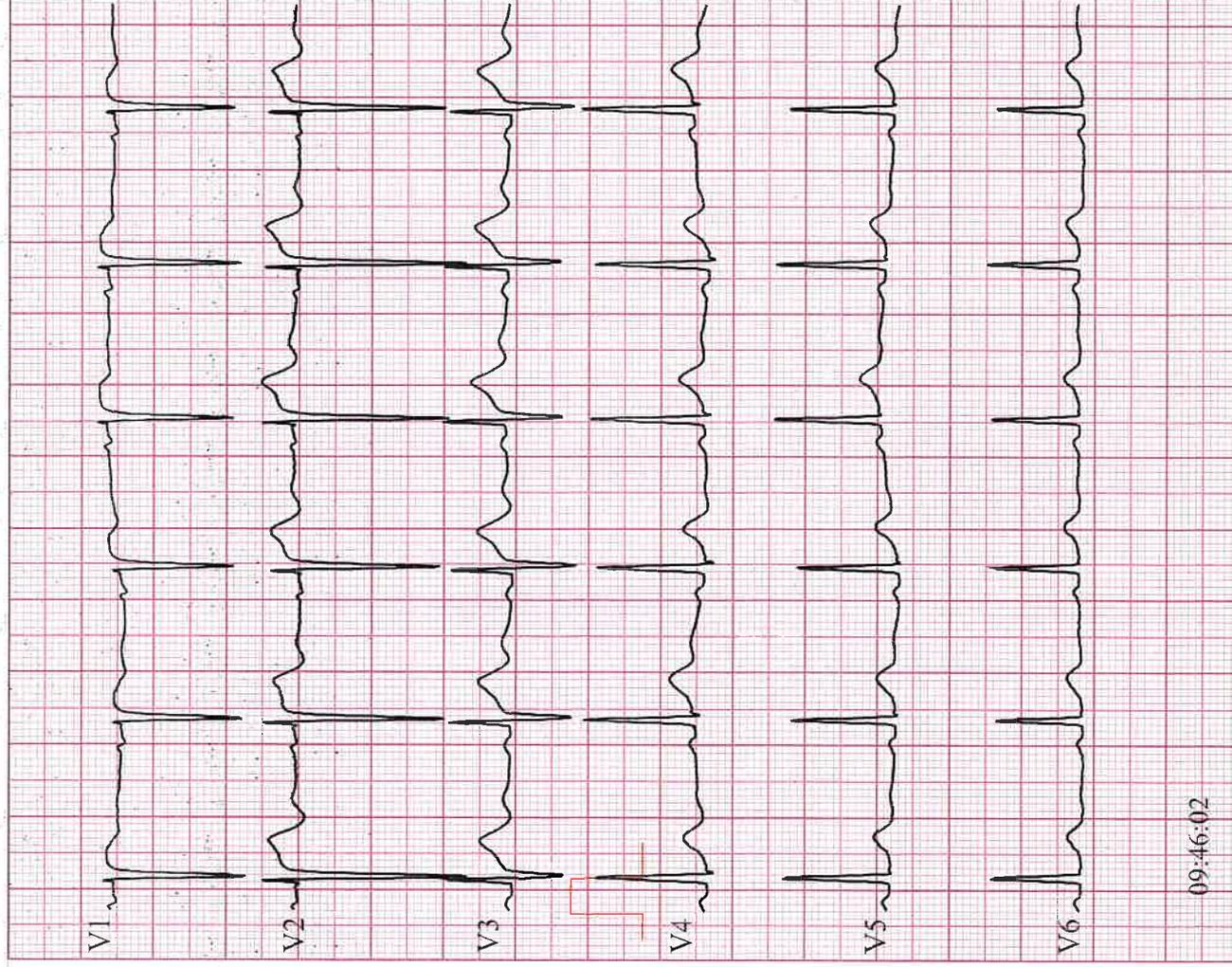
Date: 2022.02.11 09:46:02

30020.BABACAR SAMB

Date de naissance 1996.09.20 Age 25



09:46:02



09:46:02

Echelle de temps: 25 mm/s Amplitude: 10 mm/mV

Filtres: 0,25/35/50 Hz

HR=71/min P=104ms PR=154ms QRS=84 ms QT=370ms QTc=402ms

P 68° QRS 56° T 28°

M-TracePC base ver:3.21



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

Demande : Dr JOURDAN PIERRE
AÉROPORT TOULOUSE BLAGNAC BAT 5 HALL B 3EME ETAGE 31700 BLAG

Patient : M. SAMB. BABACAR
Né(e) le 20.09.1996

Dossier N° 0120420007 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:19
Prélevé le 11.02.2022 à 11:19
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	6,7	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	5,41	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	15,4	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	46,4	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	85,7	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	28,5	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	33,2	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	45,3 % soit	3,04	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	5,0 % soit	0,34	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,7 % soit	0,05	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	40,8 % soit	2,73	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	8,2 % soit	0,55	G/L	N: 0,20 à 0,80

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	219,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
	9,8	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. SAMB BABACAR**

Né(e) le 20.09.1996

Dossier N° 0120420007 00 du 11.02.2022 à 11:19

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE 0,89 g/l N: 0,70 - 1,10
 (Colorimétrie, cobas) soit 4,93 mmol/l N: 3,89 - 6,12

CREATININE 92 µmol/l N: 59 - 104
 (Méthode enzymatique, Cobas) soit 10 mg/l N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **103** ml/min/1,73m²DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine **119** 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 62 mg/l N: 34 - 70
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 368,9 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 0,65 g/l N: Inf. à 1,98
 (Colorimétrie enzymatique) soit 0,74 mmol/l N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL 1,49 g/l N: 1,00 - 2,20
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 3,85 mmol/l N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O. 20 U/l N: 10 - 50
 (Colorimétrie IFCC, Cobas)

TRANSAMINASE G.P. 10 U/l N: 10 - 50
 (Colorimétrie IFCC, Cobas)

G.G.T 17 U/l N: 8 - 61
 (Colorimétrie enzymatique, Cobas)

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. SAMB BABACAR

Dossier N° 012042000700 du 11.02.2022 à 11:19
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 20.09.1996

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](http://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

A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

European Union
medical certificate
Issued in accordance with Part-MED
Complies with ICAO standards
Except for the LAPL medical certificate

LAPL / 2 / 1 LAPL
CLASS 1 / 2 / 1 LAPL

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

REPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'AVIATION
CIVIL AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE
dgac

I	Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence FRANCE
III	Numéro de certificat / Certificate number
IV	Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder SAMB BABACAR
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 20/09/1996 - FATICK
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote. Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

1) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

2) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

3) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

4) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

5) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

6) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

7) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

II	Certificat médical de Classe 1 Class 1 medical certificate
IX	Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY) 11 / 02 / 2023
	Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 11 / 02 / 2023
	Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 11 / 02 / 2023
	Classe 2 / Class 2 11 / 02 / 2027
	LAPL / LAPL 11 / 02 / 2027



Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote. Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

1) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

2) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

3) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

4) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

5) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

6) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

7) Les titulaires de licence de pilote doivent être en mesure de fournir un certificat médical valide à tout moment de leur exercice de pilote.

XIII	Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description
X	Date de délivrance / Date of issue 15 / 02 / 2022
	Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor Dr Pierre JOURDAN
XI	Cachet / Stamp Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05

	Date de l'examen médical / Date of medical examination 11 / 02 / 2022
	Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 11/02/2022
	Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 11/02/2022

PIECETTES CONFORME
L'ORIGINAL
CEMA TB-UE-F.05