

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:	(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>
(3) Nom : DIOP	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s) : MOUSTAPHA	(6) Date de naissance (JJMM/AAAA) 30/12/1999	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : DIOURBEL - SENEGAL	(9) Nationalité : SENEGALAISE	(14) Type de licence désirée : PH OTE DE LIGNE
(10) Adresse permanente : DAKAR - YEUMBEUL NORD Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221 77 883 74 36 Courriel : MDIOP8644@GMAIL.COM	(11) Adresse postale : (si différente) Pays : N° de téléphone :	(15) Profession (principale) : ETUDIANT
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance	(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
	(17) Dernier examen médical : Date : 05/01/2022 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE POUR LE PERSONNEL AERONAUTIQUE (CEMPA) - DAKAR	
	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
	(21) Nombre total d'heures de vol : 5H 30	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 5H 30
(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 : Lien:	(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 checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:	(25) Type de vol envisagé : VOL D'INSTRUCTION	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités	(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multiopilote <input type="checkbox"/>	
(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 :	(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 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
(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) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie	<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 :
102: PORT DE LUNETTES PHOTO GRAY ANTIREFLET. *depuis accés de paludisme à l'âge de 5 ans.*

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé 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 A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : 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 aéro 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 DONNEES 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'AR.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 assessurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'AR.MED.150 (c) (4).

Date : 28/01/2022
Signature du demandeur : *[Signature]*
Signature du médecin évaluateur : **DR. P. CORREA**
Médecin



DIOP
MOUSTAPHA
Né(e) le : 30/12/1999 30102
THIES

APPORT D'EXAMEN MEDICAL

à 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 <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 169 cm 1m204	(203) Poids 58,3 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 48 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	---------------------------------	------------------------	----------------------------	-------------------------------	---	---

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<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"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input 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
Cadet Arn Seygal, Etudiant Mathématiques - 15 ans, Rive gauche
Cedets, o. ampb.
Neutropenie constitutionnelle (1400 ANV 340 GB)
Tabac = 0
Alc = 0
III = 0
Sport = 2x/semaine

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

Œil droit sans correction	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm	sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil 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	sans correction		avec correction	
Œil droit	Oui	Non	Oui	Non
Œil 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	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	(233) Lentilles de contact	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :			Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	
Œil droit					
Œil 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) Oreille droite Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur
Oui Non Oui Non

Audiométrie éventuelle
Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000
Oreille droite _____
Oreille gauche _____

(236) Fonction respiratoire	(237) Hémoglobine
VEIMS/CV 90 % Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Peak Flow (l/min) 13,80 (g/dl) Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :
Apte classe 1 -> 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 : 11/02/2023 et lieu : Touba Bégué

Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : _____
Fax : _____
Telephone : _____ E-mail : _____

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Jy. LAEAILLE**
Médecin chef
F. Laeaille
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 u DIOP MOUSTAPHA	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom Né(e) le : 30/12/1999 30102 THIES	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(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: 11-02-22 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

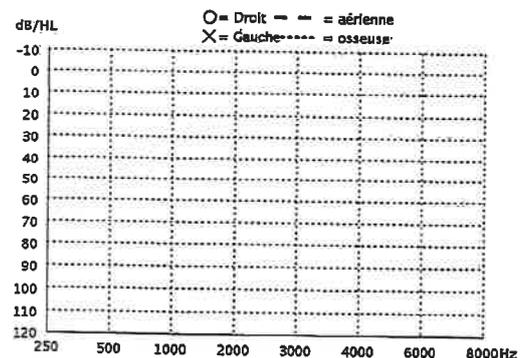
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (y compris minoscopia antérieure)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(409) Elocution	<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 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	0	5		
1000	5	5		
2000	0	10		
3000	20	15		
4000	25	20		
6000	5	10		
8000	0	5		

(420) Audiogramme



Tests supplémentaires (si indiqués)

	Non effectué	Normal	Anormal
(414) Audiométrie vocale	<input checked="" 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 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:

[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: <u>11-02-22</u>	Nom et adresse de l'examineur; (en majuscules): Dr. P. CORREA Medecin CEMA Toulouse	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: <u>[Signature]</u>	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Audiométrie tonale



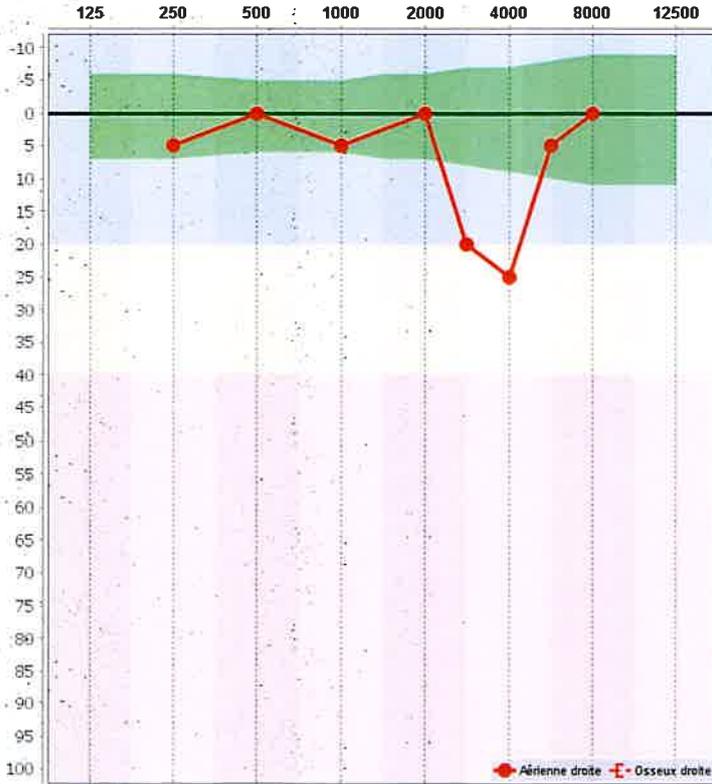
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Moustapha Diop**

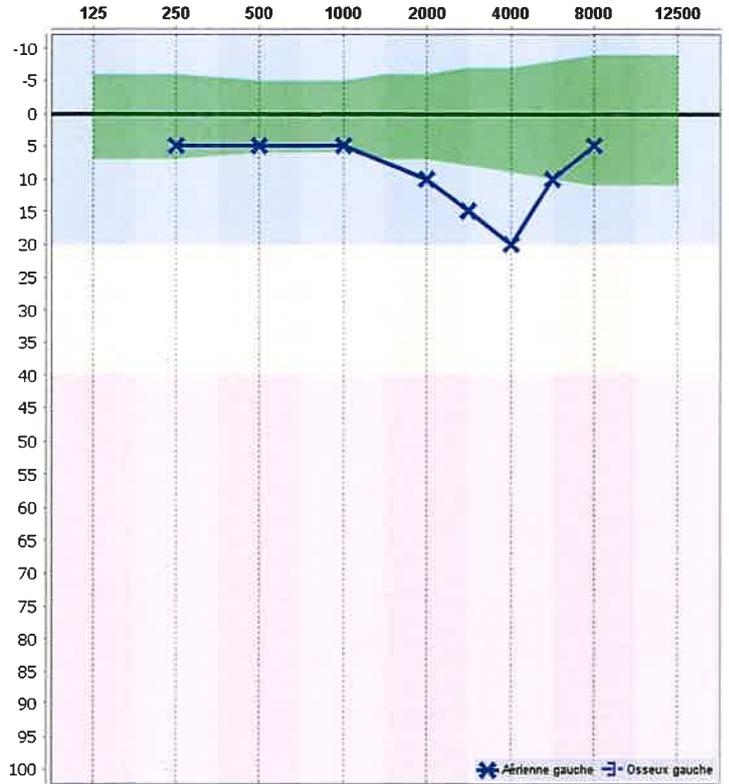
Date de naissance 30 déc. 1999

Date de mesure 11/02/2022 09:03:45

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	6,67 dB HL	1,67 dB HL
Indice précoce d'alerte	15,00 dB HL	16,67 dB HL
Indicateur médico-légal	8,00 dB HL	4,50 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	10,00 dB HL	7,50 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



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

AetMC U.E.F. 05
CEMA TB

Opérateur: 30P Anastapha

Patient: 30/12/99

N du Patient: 25

Date: 11-Fév-2022

Heure 10:06

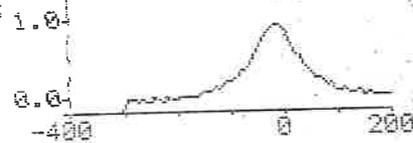
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 0.96 ml 3.0 ml
UCA2: ---- ml
POM1: -10 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.96 ml 3.0 ml
UCA2: ---- ml
POM1: -15 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Diop, Moustapha

Âge: 22 (31/12/1999)

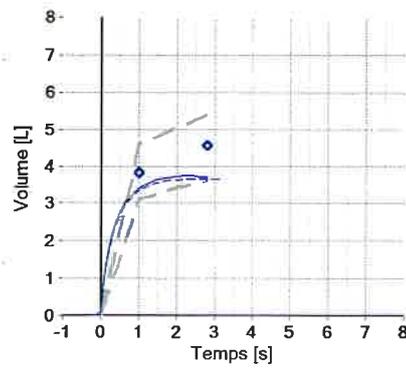
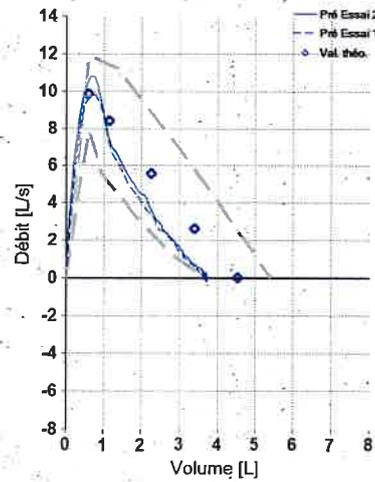
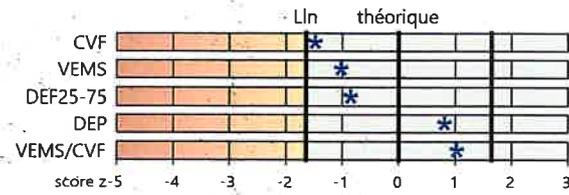
Sexe **Masculin** Taille **176 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **56 kg** IMC **18.1**

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 88 %

Date du test **11/02/2022 09:08:08** 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]	4,53	3,65	3,74	3,74	3,66	83
VEMS [L]	3,83	3,09	3,37	3,37	3,30	88
VEMS/CVF	0,827	0,709	0,902	0,902	0,901	109
DEF25-75 [L/s]	5,04	3,33	4,16	4,16	4,01	83
DEP [L/s]	9,88	7,89	10,88	10,88	9,86	110
TEF [s]	-	-	2,8	2,8	3,2	-
Qualité du test	Pré	C (VEMS Var=0,07L (2,1%); CVF Var=0,08L (2,0%))				
Interprétation système	Pré	Spirométrie normale				



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/OCA
(3) N°: DIOP MOUSTAPHA Né(e) le : 30/12/1999 30102	(4) Nom de naissance : (12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom: THIES	(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: 11-02-22 Signature du demandeur: [Signature] Signature du médecin examinateur: Dr. P. CORREA
Medecin

(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: RAS CEMA Toulouse
---	---

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 PPC 7 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			
Œil droit	10 /10		10	10	10
Œil gauche	10 /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	2 /10		10	10	10
Œil gauche	2 /10		10	10	10
Vision Binoculaire	2 /10		10	10	10

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Œil droit	2 /10		10	10	10
Œil gauche	2 /10		10	10	10
Vision Binoculaire	2 /10		10	10	10

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	-0,50	-0,25	165	
Œil gauche	+0,25	-0,25	5	

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 Oui Non
Lanterne de Beyne Anomaloscope Normal Anormal
 Normal Anormal

(318) Lunettes Oui Non Type: Oui Non

(319) Lentilles de contact Oui Non Type: Oui Non

(320) Tension intra-oculaire

Droit	17 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.

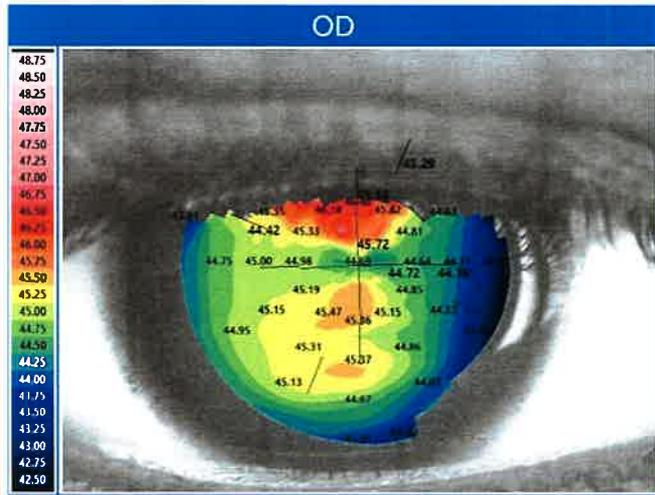
(323) Lieu et date: **11.2.22** Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules): N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: **Dr. Françoise CLERGUE**
Ophtalmologiste
N° 311057186
CEMA TB - 05
E-mail: Telephone No: Fax No:
Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste
 Apte Inapte

Information Patient

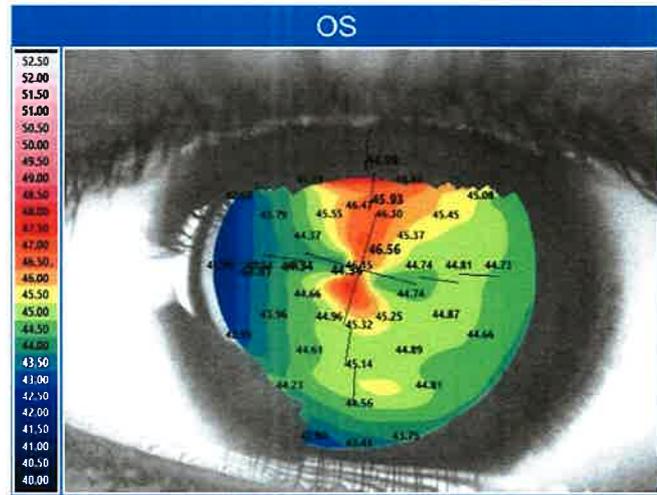
Patient DIOP
 MOUSTAPHA
 Patient ID Né(e) le : 30/12/1999 30102
 Date de Naissance THIES

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

MAPPE



D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
44.72 @ 3°	44.76 @ 1°	44.42 @ 158°
45.72 @ 93°	45.56 @ 91°	45.29 @ 68°
-1.00D ax3°	-0.79D ax1°	-0.86D ax158°

3 mm	5 mm	7 mm
44.34 @ 164°	44.34 @ 171°	43.81 @ 177°
46.56 @ 74°	45.93 @ 81°	44.99 @ 87°
-2.21D ax164°	-1.59D ax171°	-1.19D ax177°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.48 mm	Y= 0.31 mm
Diamètre	12.07 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 45.17 D / 3mm: 45.15 D	

Décentration Cornée	X= 0.75 mm	Y= -0.27 mm
Diamètre	11.50 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 45.49 D / 3mm: 45.69 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
47.26 D	0.73 D/mm	-1.02 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
46.97 D	0.54 D/mm	-1.81 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 = 0.17	44.90 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.86 D	SAI = 0.40 D	e = 0.56	45.88 D

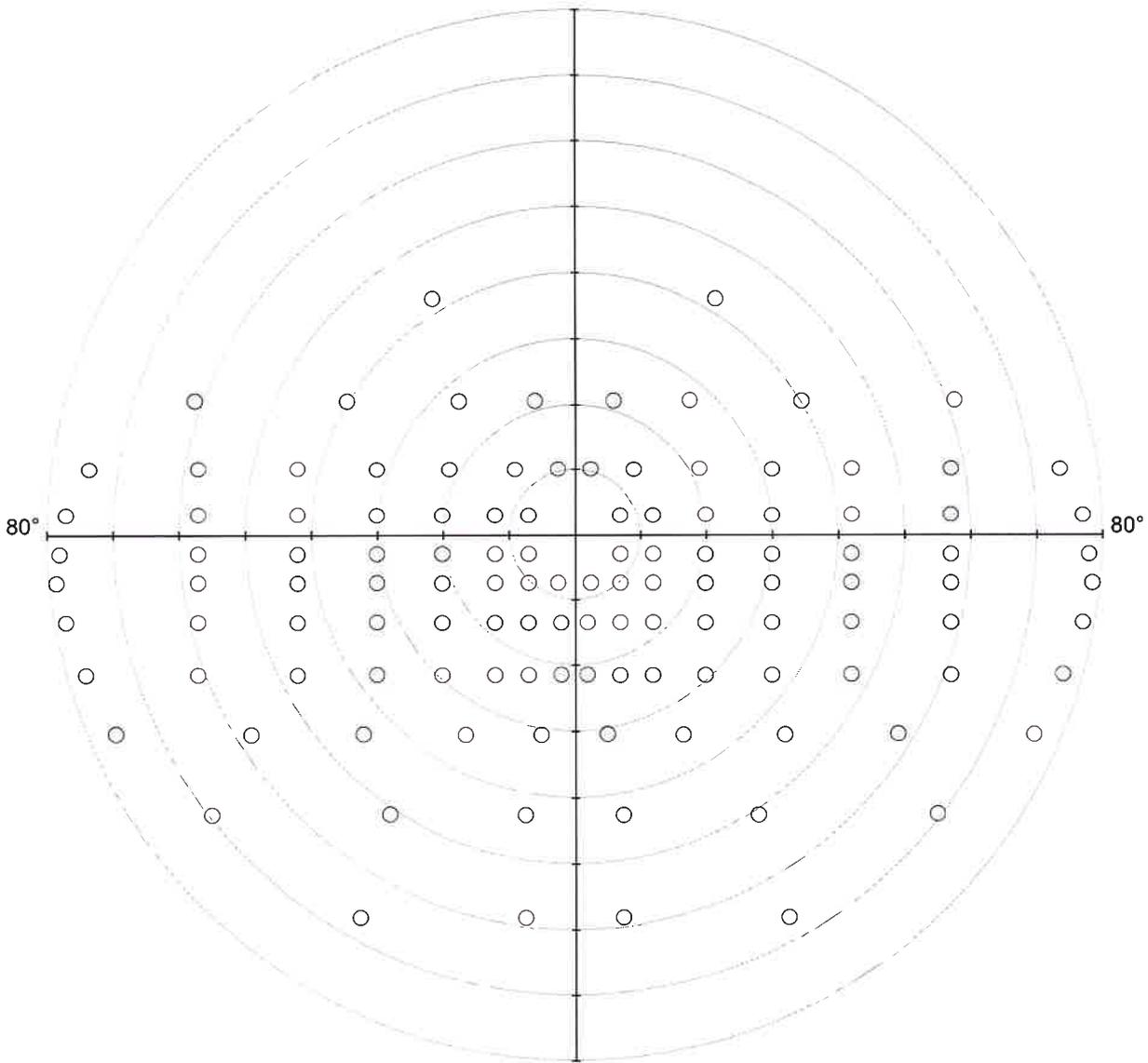
Annotations

Patient: **DIOP, Moustanha**
Date de naissance: **DIOP MOUSTAPHA**
Sexe: **masculin** Né(e) le : 30/12/1999 **30102**
Identifiant du patient: **THIES**

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:	08:06
Pertes de fixation:	n/a	Stratégie:	1LT-ET	Âge:	22
Erreurs faux POS:	0/5	Diamètre de la pupille:	Non mesuré		
Erreurs faux NÉG:	0/5	Acuité visuelle:			
Durée du test:	03:18	Rx:			



Score Esterman: **100**
○ Point vu: **120/120**
■ Point non vu: **0/120**
△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



DIOP
MOUSTAPHA
Né(e) le : 30/12/1999 30102
THIES

ire d'examen de la santé mentale

lidats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

Lieu de naissance:

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 ? 20.4

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 ? :

Rassure depuis enfance

RAS

expérience aéronautique (heures de vol) ?

5'30

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: 10

Département :

ambul.ID :

N° de salle :

FC : 47bpm
P : 84ms
FP : 158ms
QRS : 78ms
QT/QTc : 412/365ms
P/QRS/T : 2/58/25deg.
RV5/SV1 : 2.047/0.924mV

Nom infos diagn.:

Sinus Bradycardia with Sinus Arrhythmia

DIOP

MOUSTAPHA
Né(e) le : 30/12/1999
THIES

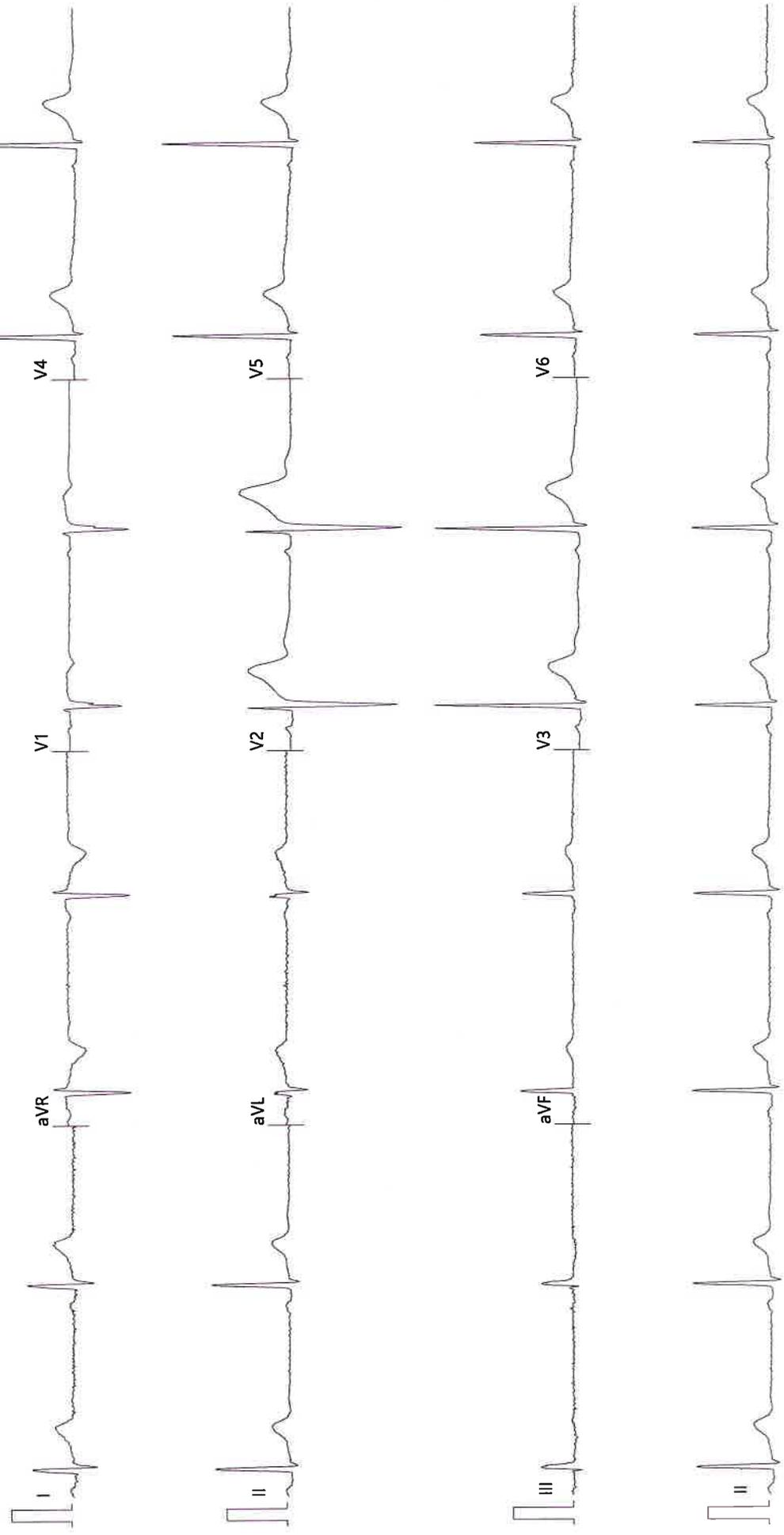
Dr. P. CORREA
Medecin

30102

CEMA Toulouse

Rapp. confirmé par:
10mm/mV

25mm/s





Demande : Dr JOURDAN PIERRE

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

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

Patient : M. DIOP MOUSTAPHA

Né(e) le 30.12.1999

Dossier N° 0120420003 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:16

Prélevé le 11.02.2022 à 11:16

Edité 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	3,4	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	5,11	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	13,8	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	43,0	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	84,1	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	27,0	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,1	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	12,8	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	41,5 % soit	1,41	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	2,0 % soit	0,07	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,6 % soit	0,02	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	44,7 % soit	1,52	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	11,2 % soit	0,38	G/L	N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :
Neutropénie

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	211,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
	11,2	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. DIOP MOUSTAPHA**

Né(e) le 30.12.1999

Dossier N° 0120420003-00 du 11.02.2022 à 11:16

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

	0,82	g/l	N: 0,70 - 1,10
<i>soit</i>	4,55	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

	93	μmol/l	N: 59 - 104
<i>soit</i>	11	mg/l	N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **100** ml/min/1,73m²DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **116** 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)*

	54	mg/l	N: 34 - 70
<i>soit</i>	321,3	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)*

	0,92	g/l	N: Inf. à 1,98
<i>soit</i>	1,04	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	1,71	g/l	N: 1,00 - 2,20
<i>soit</i>	4,42	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

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

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

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

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

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

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

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. DIOP MOUSTAPHA

Dossier N° 012042000300 du 11.02.2022 à 11:16
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 30.12.1999

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

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 / 2 / 1
CLASSÉ
CLASSÉ

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

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



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 MOUSTAPHA DIOP
XIV	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 30/12/1999 - DIOURBEL
VI	Nationalité / Nationality SN (SENEGAL)
VII	Signature du titulaire / Signature of holder

MED.A-020 Diminution de la sécurité des vols

1) s'il est atteint d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;

2) s'il souffre d'une blessure importante impliquant une incapacité de travailler ;

3) s'il souffre d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;

4) s'il souffre d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage ;

5) en cas de grossesse ;

6) s'il a été admis dans un hôpital pour une raison médicale ;

7) s'il a besoin de verres correcteurs pour la première fois.

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 2 / Class 2 11 / 02 / 2027
	LAPL / LAPL 11 / 02 / 2027

MED.A-020 Decrease in flight safety

1) when they are affected by a significant illness involving incapacity to function as a crew member ;

2) when they are affected by a significant illness involving incapacity to function as a crew member ;

3) when they are affected by a significant illness involving incapacity to function as a crew member ;

4) when they are affected by a significant illness involving incapacity to function as a crew member ;

5) when they are affected by a significant illness involving incapacity to function as a crew member ;

6) when they are affected by a significant illness involving incapacity to function as a crew member ;

7) when they are affected by a significant illness involving incapacity to function as a crew member ;

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. Jean-Yves LAFAILLE
	Signature du titulaire / Signature of holder Dr JY. LAFAILLE 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