

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 : DIOUF		(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) : MBAYE		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : BAMBEY SERERE, SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 10/01/1993	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : KEUR MASSAR		(9) Nationalité : SENEGALAISE	
Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221778811422 Courriel : DIOUFMBAYE89@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		(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 MEDICAL D'AERONAUTIQUE DU SENEGAL	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : DUREE DE VALIDITE: UN AN (14/12/2022)	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 5	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 5
(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: Détails :		(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: Détails :		(25) Type de vol envisagé : VOLS 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"/> Multipilote <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 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"/>	<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) 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 :

(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 médico-aérienne 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'ARA-MED 130 peuvent être stockées, électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assessseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA-MED 150 (e) (4).

Date :
27/01/2022

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

DR. P. CORREA
CEMA Toulouse



DIOUF
 Mbaye
 Né(e) le : 10/01/1993 19874
 Bamby Serère

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(xe 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 181 cm	(203) Poids 64,8 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 130	Diastolique 80	Pulsations (bpm) 67	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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
 Cadet Air Seyssel, 28ans Etudiant. Chimiste, Père d'auff.
 Cereb, 0 auff. Polydisme des l'enlance
 Leuco neutropenie 3000 / 400
 toxiques négatifs
 Tabaca=0
 Alci=0
 ITI=0
 Spaut=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
 Ceil droit
 Ceil gauche
 Vision binoculaire

(231) de près sans correction avec correction
 N5 lu à 30 - 50cm
 Ceil droit
 Ceil gauche
 Vision binoculaire

(232) Lunettes Oui Non
 Type : Réfraction Sph Cylindre
 (233) Lentilles de contact Oui Non
 Type : Axe Ajouter

(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'examinateur
 Oui Non Oui Non

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

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine
 VEMS/CV % Peak Flow (l/min) (g/dl)
 Normal Anormal Normal Anormal Normal Anormal

(248) Commentaires, limitations :
 en apte temporaire, examens demandés

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : 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
 Fax : _____ E-mail : _____
 Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : _____
 Numéro d'AME : _____

(235) Analyse d'urine Normale Anormale
 Glucose 0 Protéines 0 Sang 0 Autres _____

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G 9.4 D: 9.4 mmHg	<input type="checkbox"/>	11-02-22	<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 : _____
 D^o P. CORREA
 Signature : _____
 Médecin CEMA Toulouse

(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 : FM - TO -
 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 DIOUF MBAYE	(4) Nom de naissance:
(5) Pn Né(e) le : 10/01/1993 19874 BAMBEY SERERE	(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
(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: _____ Signature du demandeur: _____	
Signature du médecin examinateur: 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: RAS
---	--------------------------------------

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

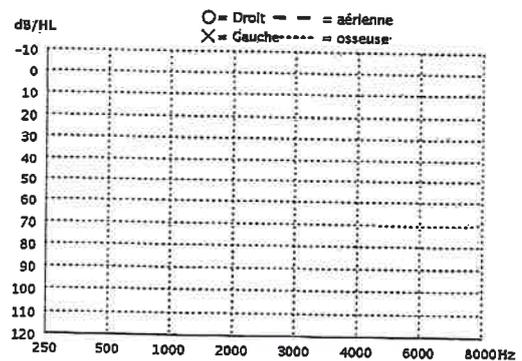
Tests supplémentaires

(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) Épreuve calorique différentielle - Épreuve 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"/>

(419) Audiométrie tonale

Hz	db HL (seuil d'audition)			
	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	10	10		
500	5	5		
1000	5	5		
2000	0	5		
3000	10	5		
4000	10	5		
6000	5	5		
8000	5	0		

(420) Audiogramme



(421) Remarques et recommandations ORL:

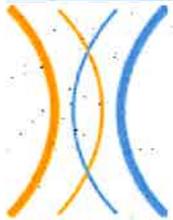
Blank area for remarks and recommendations.

(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: 11-02-2011	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: Dr. P. CORREA	E-mail: Telephone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Audiométrie tonale



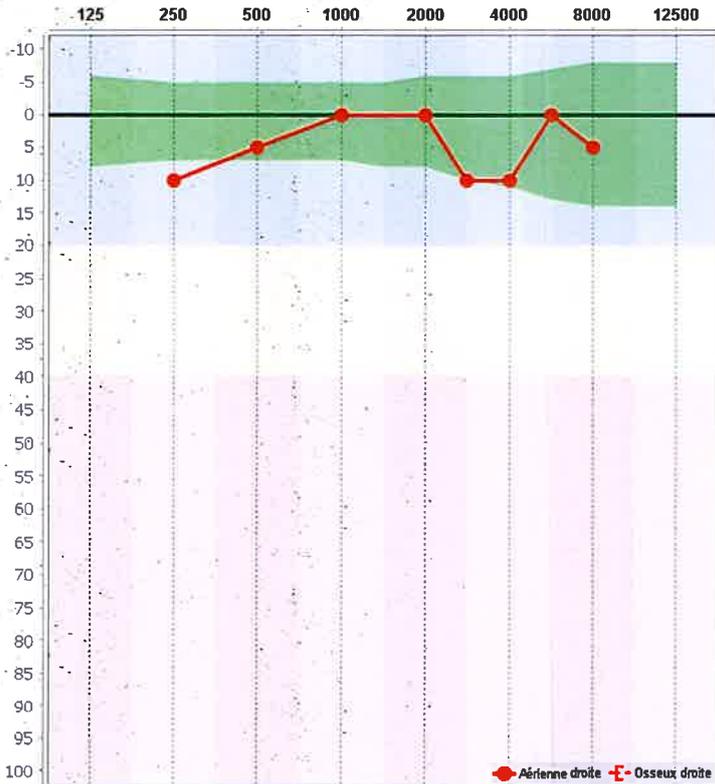
Patient Mbaye Diouf

Date de naissance 10 janv. 1993

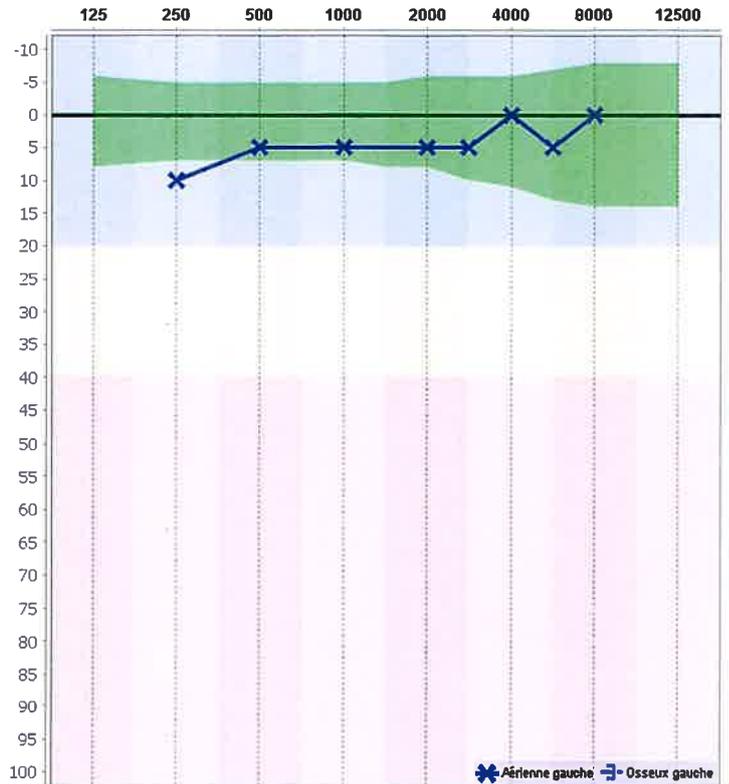
Date de mesure 11/02/2022 09:45:46

Opérateur : Pauline Cansot

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	5,00 dB HL	1,67 dB HL
Indice précoce d'alerte	3,33 dB HL	6,67 dB HL
Indicateur médico-légal	4,50 dB HL	2,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	3,75 dB HL	3,75 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

Diouf, Mbaye

ID: 19874 Âge: 29 (10/01/1993)

Sexe **Masculin** Taille **180 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **67 kg** IMC **20.7**

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 88 %

Date du test **11/02/2022 09:50:09** Interprétation **GOLD(2008)/Hardie** Sélection de valeur **Meill. valeur**
 Heure post **11/02/2022 10:40:45** Val. théo. **ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88** BTPS (insp/exp) **1,12/1,02**

Paramètre	Théo.	Pré					Post					%Théo.	%chg
		Lln	Meilleur	Essai 1	Essai 3	Essai 2	Meilleur	Essai 2	Essai 4	%Théo.			
CVF [L]	4,64	3,76	4,10	4,10	3,46*	3,72*	88	4,04	4,04	3,64*	87	-1	
VEMS [L]	3,88	3,14	3,41	3,36	3,41	3,01*	88	3,53	3,53	3,49	91	3	
VEMS/CVF	0,819	0,701	0,833	0,819	0,988	0,809	102	0,874	0,874	0,959	107	5	
DEF25-75 [L/s]	4,94	3,23	3,31	3,31	5,01	2,89*	67	3,67	3,67	4,08	74	11	
DEP [L/s]	9,95	7,96	9,13	5,30*	9,13	4,03*	92	9,18	9,18	9,41	92	1	
TEF [s]	-	-	3,8	3,8	2,8	3,4	-	3,9	3,9	1,3	-	1	

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

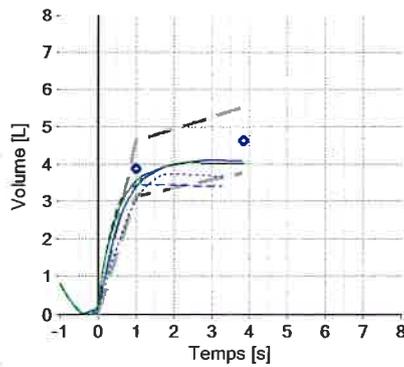
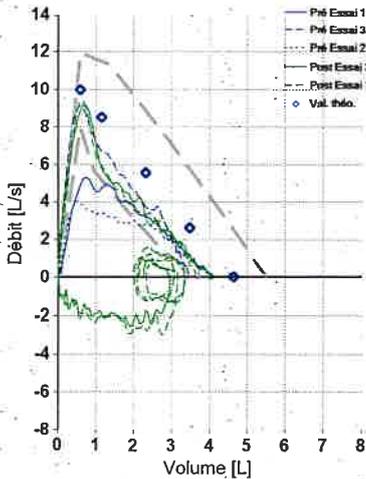
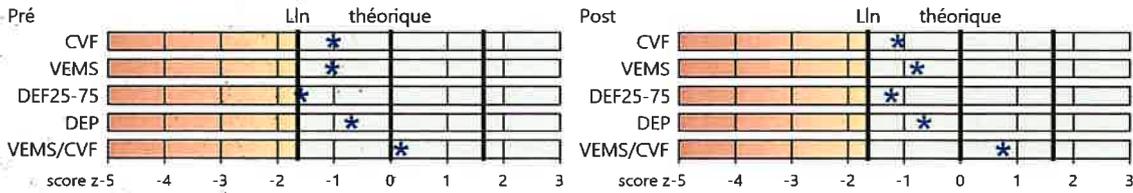
* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.

Qualité du test Pré D - Résultat non répétitif (VEMS Var=0,05L (1,6%); CVF Var=0,38L (9,3%))

Post D - Un seul essai acceptable

Interprétation système Pré Spirométrie normale

Post 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: Diouf Abaye

Patient: 16/01/93

N° du Patient: 29

Date: 11-Fév-2022

Heure 10:49

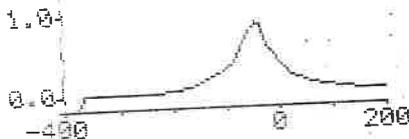
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 0.97 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: 5 daP
POM2: --- daP 2.0
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.66 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: -45 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 DIOUF MBAYE	(4) Nom de naissance :
Né(e) le : 10/01/1993 19874	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom BAMBEY SERERE	(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 aijais n'aie pas 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

(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: <u>RAS</u>
---	---

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: <u>PPC 6 cm</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation <u>D</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

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

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

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

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+0.75	-0.25	110	
Œil gauche	+0.75	-0.25	80	

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	<u>x</u>	Ortho	<u>x</u>
Eso		Eso	
Exo		Exo	
Hyper		Hyper	
Cyclo		Cyclo	
Tropie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Phorie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Épreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectué <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> 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 Normal Anormal
Anomaloscope Normal Anormal

(318) Lunettes Oui Non
Type: _____

(319) Lentilles de contact Oui Non
Type: _____

(320) Tension intra-oculaire
Droit 24 mmHg Gauche 24 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: [Signature]
Dr. Françoise CLERGUÉ
Ophthalmologiste
N° 311057186
CEMA TB-05

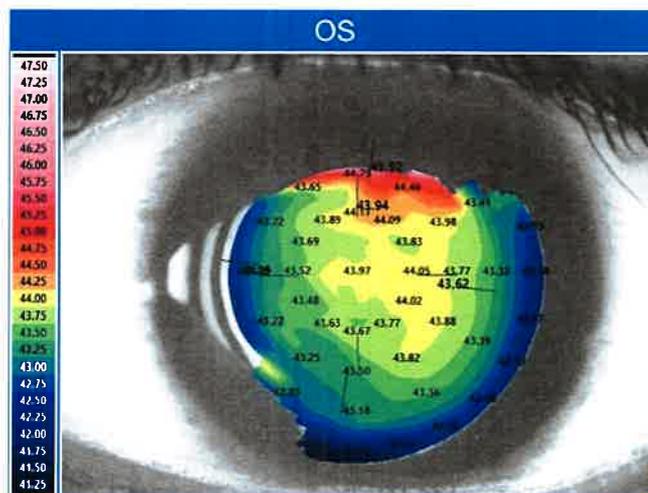
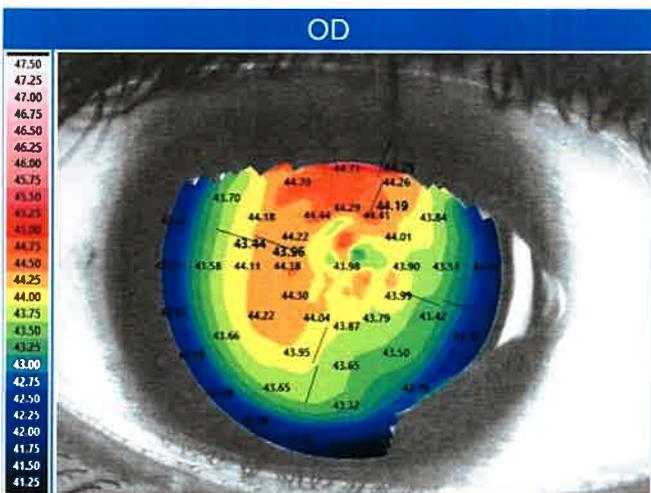
Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):
E-mail: _____
Telephone No: _____
Fax No: _____

N° d'AME ou de spécialiste: _____
Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste
 Apte Inapte

Information Patient

Patient	DIOUF Mbaye	Sexe	M
Patient ID	19874	Date d'Examen	11/02/2022 10:07:40
Date de Naissance	10/01/1993		

MAPPE



D Normalisée - Axiale

D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
Sphérique	43.96 @ 159°	43.44 @ 163°
AVE 44.04	44.19 @ 69°	44.25 @ 73°
	-0.23D ax159°	-0.81D ax163°

3 mm	5 mm	7 mm
Sphérique	43.62 @ 0°	43.19 @ 174°
AVE 43.87	43.94 @ 90°	43.92 @ 84°
	-0.32D ax0°	-0.73D ax174°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.39 mm	Y= -0.08 mm
Diamètre	11.83 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.07 D / 3mm: 44.05 D	

Décentration Cornée	X= 0.56 mm	Y= 0.16 mm
Diamètre	11.48 mm	
Décentration Pupille	H= 0.10 mm	V= 0.04 mm
Diamètre Pupille Moyen	2.94 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.85 D / 3mm: 43.88 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
45.82 D	1.02 D/mm	-1.58 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
48.40 D	0.99 D/mm	-1.50 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.56 D	SAI = 0.24 D	e = 0.22	44.01 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.50 D	SAI = 0.25 D	e = 0.22	43.92 D

Annotations

Patient: **DIOUF, Mbaye**

Date de naissance: **10/01/1993**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **19874**

Haag-Streit Diagnostics AG

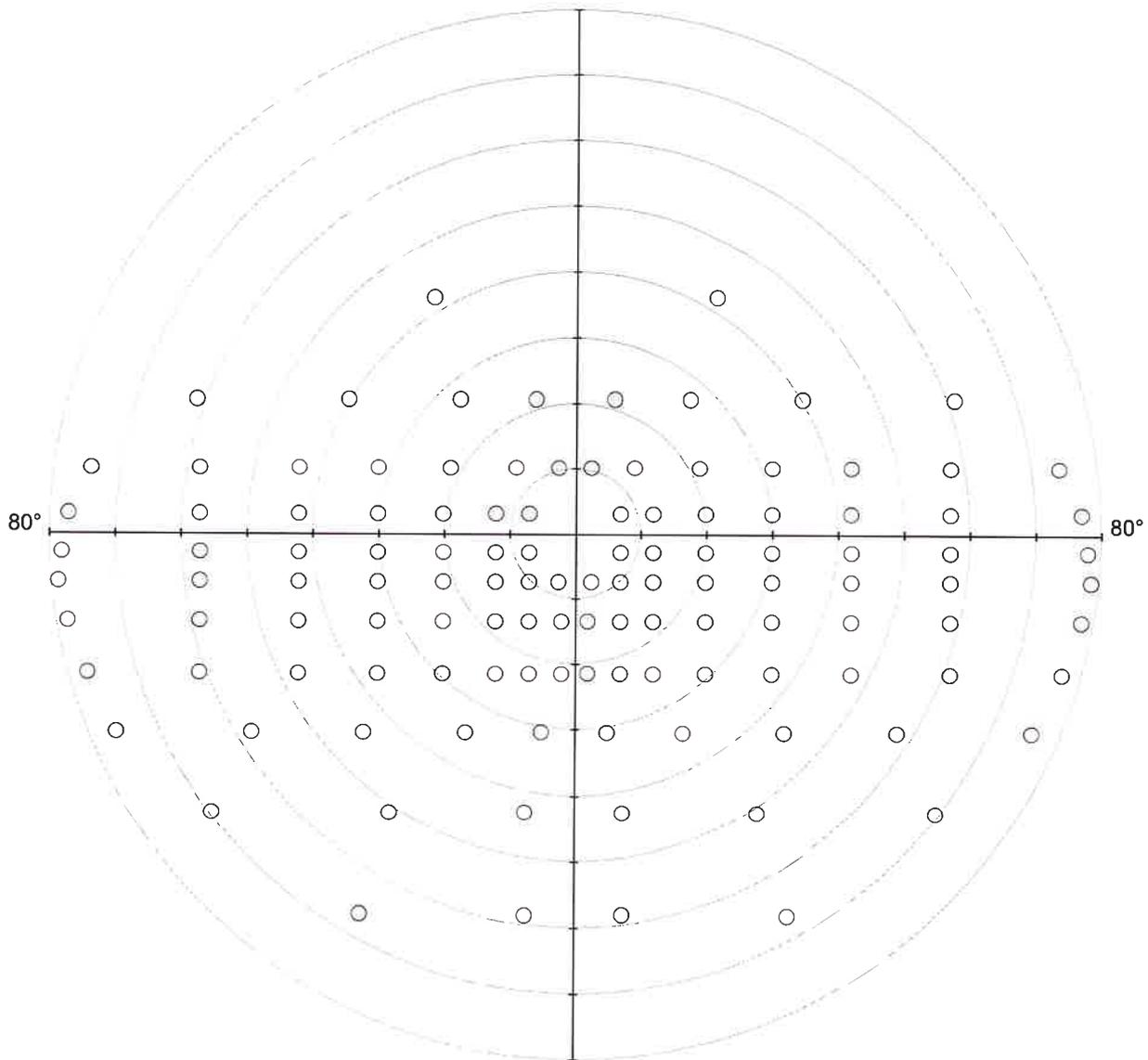
OU Valeur supraliminaire HFA

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: **03:20**

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: **08:54**
Âge: **29**



Score Esterman: **100**

○ Point vu: **120/120**

■ Point non vu: **0/120**

△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

DIOUF
MBAYE

idats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

Né(e) le : 1C/01/1993 **19874**
BAMBEY SERERE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance:

Prénoms :

Pays de naissance:

ATCD médico-psychologiques connus sur le plan personnel depuis l'enfance: oui non

commentaires:

sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins): oui non

commentaires:

traitements / psychotropes: passé(s) et actuel(s)?: oui non

psychothérapie ou suivi psychologique en cours? oui non

dernière ordonnance?

présentation générale / contact adapté oui non

symptômes cognitifs? oui non

symptômes psychotiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC?

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aNle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)?

Parvenu

RAS

5h

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

Masculin

ID patient: 13

Département :

ambul.ID :

N° de salle :

FC : 65bpm
 P : 106ms
 FP : 169ms
 QRS : 76ms
 QT/QTc : 385/401ms
 P/QRS/T : 63/24/48deg.
 RV5/SV1 : 2.710/1.031mV

A Baye DIOUF
20/01/1993 Dakar

Nom infos diagn.:

1. Arythmie de sinus
2. Haute Tension (ventricule gauche)
3. Sus-décalage du segment ST(V4, V5)

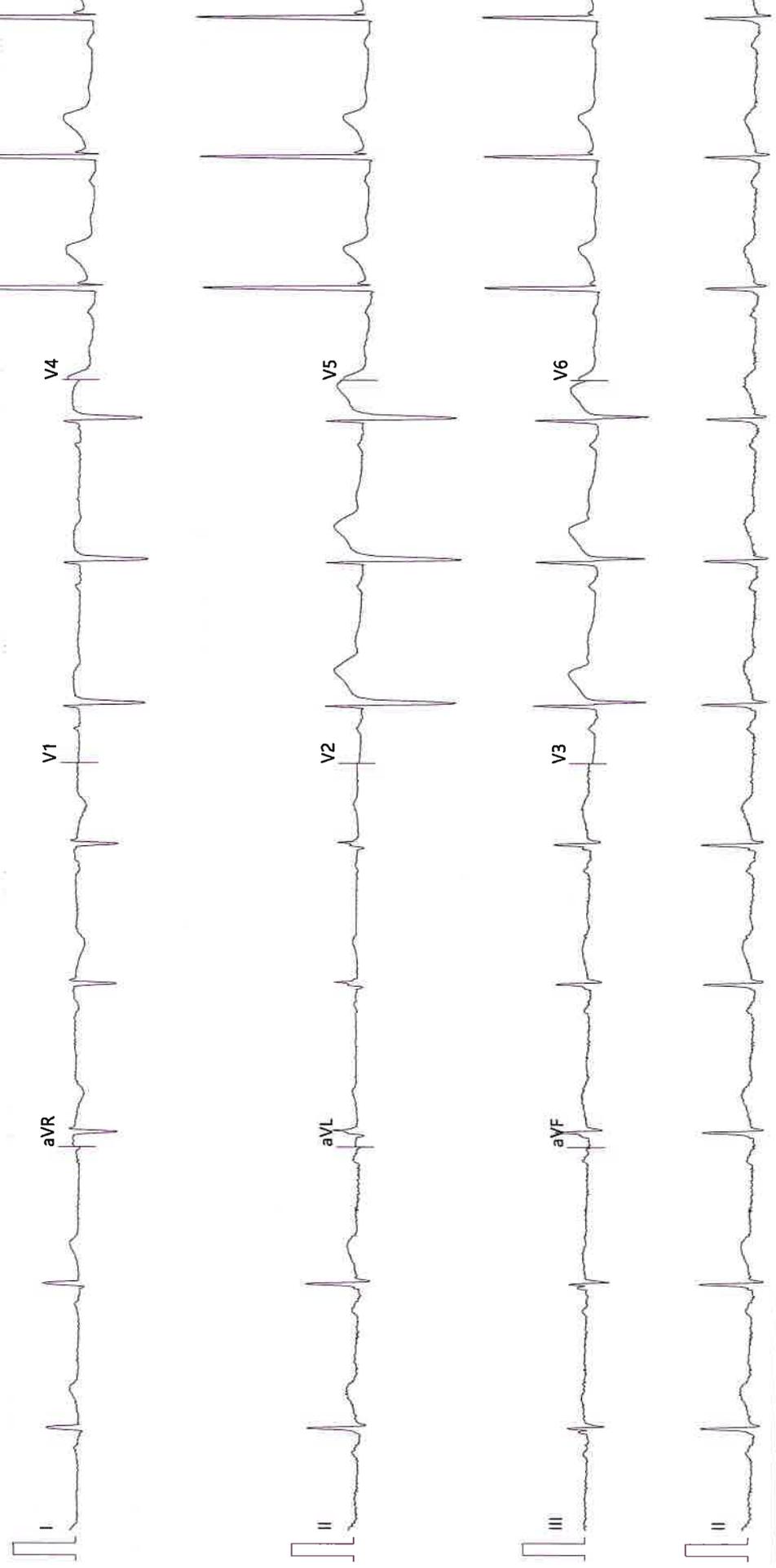
[Signature]
Dr. P. CORREA
 Médecin

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. DIOUF MBAYE

Né(e) le 10.01.1993

Dossier N° 0120420010 reçu le 09.02.2022 à 11:20

Prélevé le 11.02.2022 à 11:20

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	3,0	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	5,37	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	15,7	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	46,5	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	86,6	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,2	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	33,8	g/dL	N: 31,0 à 36,0
Indice distribution GR	13,2	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	13,3 % soit	0,40	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	3,6 % soit	0,11	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	0,4 % soit	0,01	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	63,1 % soit	1,89	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	19,6 % soit	0,59	G/L	N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :

Neutropénie

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

Volume plaquettaire-moyen	201,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
	8,8	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:
M. DIOUF MBAYE
Dossier N° 0120420010 00 du 11.02.2022 à 11:20
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 10.01.1993
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 96 µmol/l N: 59 - 104
(Méthode enzymatique, Cobas) soit 11 mg/l N: 7 - 12

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

DFG origine caucasienne **92** ml/min/1.73m²

DFG origine africaine subsaharienne et afro-américaine **106** 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 55 mg/l N: 34 - 70
(Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 327,3 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 0,76 g/l N: Inf. à 1,98
(Colorimétrie enzymatique) soit 0,86 mmol/l N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL 1,96 g/l N: 1,00 - 2,20
(Colorimétrie enzymatique, Cobas) soit 5,07 mmol/l N: 2,59 - 5,70

TRANSAMINASE G.O. 43 U/l N: 10 - 50
(Colorimétrie IFCC, Cobas)

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

G.G.T 36 U/l N: 8 - 61
(Colorimétrie enzymatique, Cobas)

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. DIOUF MBAYE

Dossier N° 012042001000 du 11.02.2022 à 11:20
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 10.01.1993

Chambre :

transmis par CEMPN - CEMA

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cèdres est accrédité, selon les exigences de la norme NF EN ISO 15189, pour tous les examens de Biologie médicale (telles que définies dans le Code de santé publique) réalisés et indiqués dans le présent Compte-rendu. Accréditation Cofrac examens Médicaux, n°8-1625, liste des sites accrédités et portées disponibles sur www.cofrac.fr. L'état d'accréditation des examens pouvant être réalisés par les laboratoires sous traitants est indiqué soit par un () lorsque l'examen n'est pas accrédité, soit précisé dans le compte-rendu du sous-traitant joint en annexe."*

**** Fin de compte rendu ****

Ludovic MERIOT

Biologiste médical

À l'OPHTALMOLOGISTE traitant
Aux bons soins de
Monsieur MBAYE DIOUF

Blagnac, le 11 février 2022

Mon Cher Confrère,

Je viens d'examiner pour sa visite révisionnelle PNT, Monsieur MBAYE DIOUF, âgé de 29 ans.

Nous constatons une tension oculaire à 24 ODG prise au tonomètre à air.

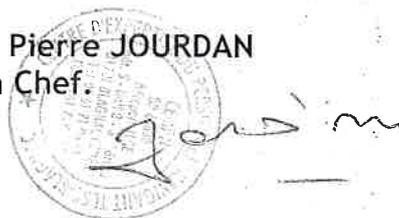
Il est indispensable de vérifier ce chiffre auprès d'un spécialiste ophtalmologiste.

Par ailleurs, il présente une leuco-neutropénie.

Il est nécessaire d'effectuer un bilan biologique avec FN, CRP, dans 3 semaines environ et encas d'anomalie d'avoir une consultation d'hématologie.

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

Docteur Pierre JOURDAN
Médecin Chef.



Je soussigné Dr JOURDAN Pierre

- 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) DIOUF M Baye

Né(e) le 10.01.1993

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 M. 02.2022

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

- L'annexé 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. demandé

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

Fait à TOULOUSE

Le M. 02-2022

Signature et cachet

Jordan

Dr P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AeMC - 05