

**POLE MEDICAL
82 rue des Pyrénées
75970 PARIS**

Blagnac, le 08.03.2022

Objet : Renvoi au Pôle au Médical.

Motif : Astigmatisme supérieur aux normes aéronautiques.

Cher Confrère,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci joint l'observation médicale de Monsieur CAMARA Papa Ousmane né le 30.07.1995.

Joint à cette observation :

- Fiche de renseignements administratifs.
- Visite médicale du 11.02.2022.
- Compte-rendu ophtalmologique du Dr CLERGUÉ du 11.02.2022.

Je vous en souhaite bonne réception et vous assure, Cher Confrère de mes sentiments toujours très déférents.

**Docteur P. JOURDAN
Médecin Chef Suppléant.**



Observation médicale

Objet : Renvoi au Pôle Médical

Concernant : Monsieur CAMARA Papa Ousmane né le 30.07.1995.

Demeurant : Parcelles Assainies U 13 DAKAR

Présenté par : Docteur Pierre JOURDAN le 08.03.2022

Motif : Astigmatisme supérieur aux normes aéronautiques.

I- Statut socio-professionnel

Le 11.02.2022, Monsieur CAMARA Papa Ousmane, 26 ans, se présente à l'AeMC de Toulouse-Blagnac pour une demande d'admission classe 1.

✓ Sur le plan aéronautique :

Il est cadet d'Air Sénégal.

Il a effectué 4 heures de vol.

✓ Sur le plan personnel :

Célibataire, sans enfant.

Il déclare :

- Tabac : non jamais.
- Alcool : non.
- Médicament : non.
- Sport : karaté, basket, football.

II- Antécédents

✓ Familiaux :

Sans particularité.

✓ Personnels :

Paludisme, pas d'accès depuis 3 ans.

III- Visite d'admission du 11.02.2022

Asymptomatique.

Bon état général.

Il pèse 61kg pour 1.82m définissant un IMC à 18.48.

Auscultation cardiopulmonaire :

Examen général satisfaisant sans souffle cardiaque audible.

Normotendu.

ECG dans les limites de la normale.

Le bilan de la santé mentale ne retrouve pas d'antécédents psychopathologiques ni de troubles actuels lors de l'examen.

Bandelette urinaire négative.

Recherche des toxiques négative.

Exploration fonctionnelle respiratoire normale.

Apte ORL.

Sur le plan ophtalmologique cf la fiche établie par le Dr CLERGUÉ.

Puissance réfractive sous cycloplégie :

- OD : +0.75 (-2.25 à 5°).
- OG : +0.75 (-2.50 à 180°).

V- Conclusion

Candidat classe 1, 22 ans présentant un léger astigmatisme bilatéral supérieur aux normes aéronautiques.

08.03.2022

Docteur Pierre JOURDAN
Médecin Chef Suppléant.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A compléter **intégralement** par le personnel navigant professionnel ou privé de l'aviation civile
Destinée au Pôle Médical de la DSAC/PN 82 rue des Pyrénées 75970 Paris Cedex 20 – Fax : 01 70 64 27 21

NOM USUEL : NOM DE NAISSANCE : CAMARA

PRENOMS : Papa Ousmane

SEXE : Masculin Féminin DATE de naissance : 30/07/1995 LIEU de naissance : Dakar

ADRESSE PERSONNELLE : Parcelles Assainies U 13

Code Postal : Ville : Dakar Pays : Senegal

Téléphone portable : +221 77 037 24 67 Téléphone fixe :

Adresse électronique : papaousmanecamara123@gmail.com
Cochez les cases utiles SVP

Je suis déjà titulaire d'une ou plusieurs licences :

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ATPL(A) | <input type="checkbox"/> CPL(A) | <input type="checkbox"/> ATPL(H) | <input type="checkbox"/> CPL(H) |
| <input type="checkbox"/> Personnel d'essais réception ; précisez l'activité SVP : | | | |
| <input type="checkbox"/> Parachutiste professionnel | | | |
| <input type="checkbox"/> Pilote privé avion - PPL(A) | <input type="checkbox"/> Brevet de base | <input type="checkbox"/> LAPL avion – LAPL(A) | |
| <input type="checkbox"/> Pilote privé hélicoptère - PPL(H) | <input type="checkbox"/> Pilote de planeur – SPL | | |
| <input type="checkbox"/> Pilote de ballon libre – BPL | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez SVP) : | | | |

- Qualifications :
- | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Voltige aérienne | <input type="checkbox"/> Vol de nuit | <input type="checkbox"/> Vol de montagne | <input type="checkbox"/> IFR |
| <input type="checkbox"/> Remorquage planeurs ou banderoles | <input type="checkbox"/> Instructeur | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Je suis candidat à l'obtention de l'une des licences citées ci-dessus :

Précisez laquelle SVP : ATPL

Je suis déjà membre d'équipage de cabine (CCA)

Je suis candidat à l'obtention du titre de membre d'équipage de cabine (CCA)

Nombre d'heures de vol : 4 Heures de sauts : d'ascensions :

Date de fin de validité du certificat médical en cours (ou si caduc du précédent certificat) :

J'ai une activité de pilote militaire actuelle passée Heures de vol à titre militaire

Date de ma visite médicale : 11/02/2022 Nom de l'AeMC/AME : Aero Medical Center
UE-F.05

Je demande le transfert de mon dossier au Pôle Médical de la DSAC/PN

- Dans le cadre d'un renvoi / concertation au / avec le Pôle Médical
- Dans le cadre d'une demande de réexamen de mon dossier par le Pôle Médical
- Afin qu'il soit transmis au Conseil Médical de l'Aéronautique Civile dans le cadre :
- D'une demande de dérogation
 - D'une demande de recours
 - D'une demande d'incapacité définitive à mes fonctions (*personnels navigants professionnels uniquement*)
 - D'une demande de réexamen de mon dossier par le CMAC

Fait à : Touba Le : 11/02/1995 Signature : [Signature]

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 : CAMARA		(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) : PAPA OUSMANE		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : Dakar, Senegal		(6) Date de naissance (JJMM/AAAA) 30/07/1995	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : PARCELLES ASSAINIES U 13		(9) Nationalité : Senegalaise	
(11) Adresse postale : (si différente)		(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance		(15) Profession (principale) : 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 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 type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(17) Dernier examen médical : Date : 14/12/2021 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE, 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 :		(21) Nombre total d'heures de vol : 4 HEURES	
(22) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt :		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 4 HEURES	
(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"/> Multipilote <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	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"/>
A remplir uniquement pour les femmes											
(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation											
(151) Etes-vous enceinte ?											

(30) Remarques :

(123) : GRIPPE, PALUDISME

(dernier accès il y a 3 ans)

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu du 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 présents 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'ARA-MED 150 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 assesses médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA-MED.150 (c) (4)

Date :

01/02/2022

Signature du demandeur :

[Signature]

Signature du médecin examinateur :

Dr J.-Y. LAFAILLE
Médecin généraliste
CHU de Fatick



CAMARA
PAPA OUSMANE
Né(e) le : 30/07/1995 19876
DAKAR

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

e 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	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
	182 cm	61.2 kg	mauve	noir	Systolique: 130	Diastolique: 85	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 buccale, 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

26 ans EP Gdeh An Sengal Cellulaire SE
leucocytopenie 3400 L 1380 PM.
astigmatisme
Risques négatifs.

tabac: jamais
alcool: jamais
Red: jamais
fomb: jamais
bacter Post: 1/2/2011

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 sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 (233) Lentilles de contact

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
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 réalisé)

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	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	ab %	Peak Flow (l/min)	147 (g/dl)
Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	11/02/2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	11/2/22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	11/2/22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	11/2/22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	11/2/22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G: 19 D: 19 mmHg	<input type="checkbox"/>	11/2/22	<input 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 : **APTE**

Nom : **Dr J.-Y. LAFAILLE**
Signature : **Médecin généraliste CEMATEB-F-05**

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

APTÉ pour la classe:
 certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer le destinataire : **OPH -**
le motif :

➤ Renvoi/concertation
Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.
Décision N° du
Libellé :

Champ d'application du certificat	CLASSE 1 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :

inapte, renvoi au spécialiste

(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 : et lieu : 11.02.2012	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: Numéro d'AME:
	Dr P. JOURDAN Médecin chef Fra - AeMC - 05	

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: CAMARA PAPA OUSMANE	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation	
(5) Prénom: DAKAR Né(e) le: 30/07/1995 19876	(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: 11/02/2022 Signature du demandeur: Camara 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: <u>RAJ</u>
---	-----------------------------------

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"/>

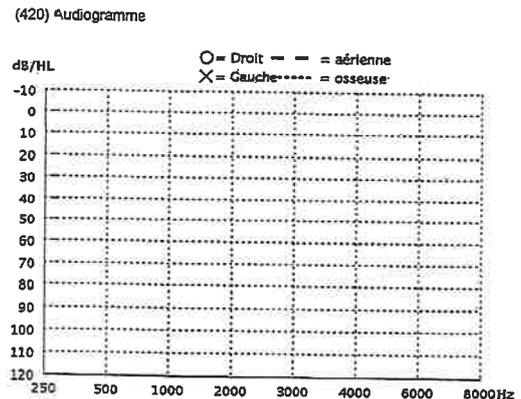
Tests supplémentaires (si indiqués)

	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) 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

db HL (seuil d'audition)

Hz	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
250	10	10		
500	15	5		
1000	15	6		
2000	15	15		
3000	15	15		
4000	15	15		
6000	10	0		
8000	20	15		



(421) Remarques et recommandations ORL:

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

(423) Lieu et date: <u>Toulon Bagnas le 11/02/2022</u>	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: <u>[Signature]</u>	E-mail: Téléphone No: Fax No:	Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

Audiométrie tonale



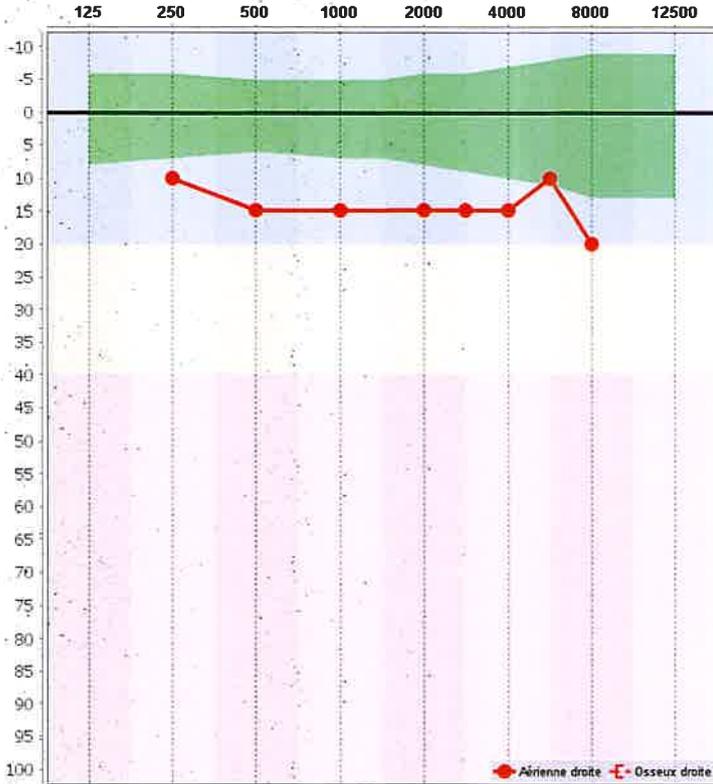
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Papa Ousmane Camara**

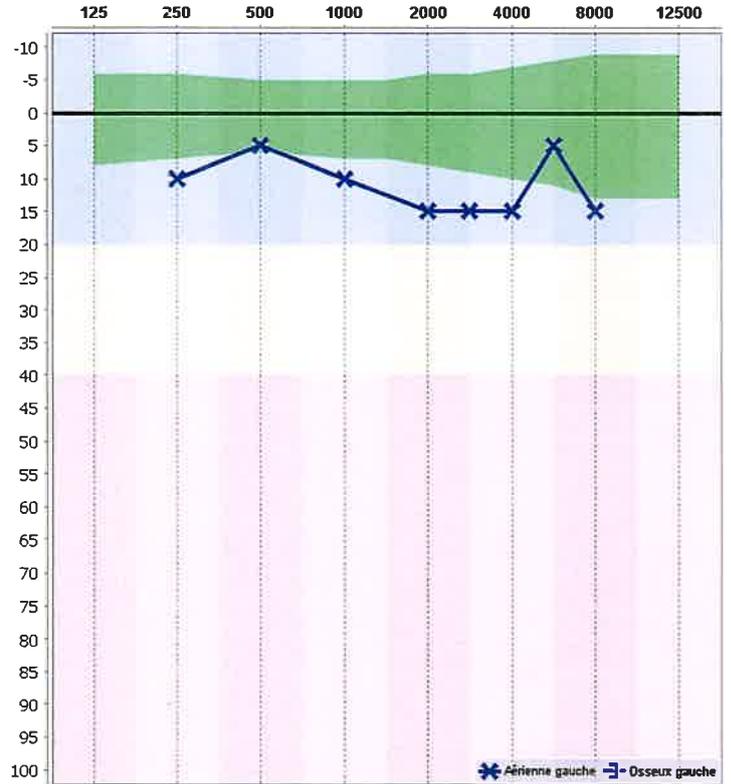
Date de naissance 30 juil. 1995

Date de mesure 11/02/2022 12:08:34

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	10,00 dB HL	15,00 dB HL
Indice précoce d'alerte	11,67 dB HL	13,33 dB HL
Indicateur médico-légal	11,00 dB HL	15,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	11,25 dB HL	15,00 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 2	Coef. : 2

Notes

Appareil utilisé pour la mesure
 Appareil : OtoWin
 S/N : 16088 - 038
 Firmware : 1.1.3d
 Hardware : rev9
 Stimulateur : DD45 HI
 Date de calibration : 26/07/2021

Camara, Papa Ousmane

ID: 30018 Âge: 26 (30/07/1995)

Sexe **Masculin** Taille **182 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **61 kg** IMC **18.4**

CVF avec CV

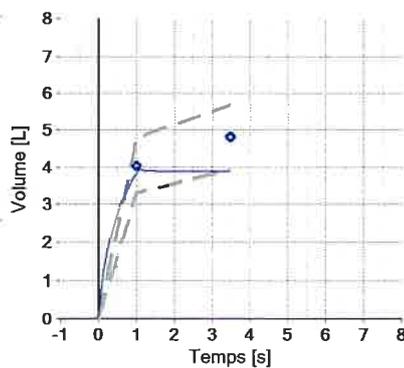
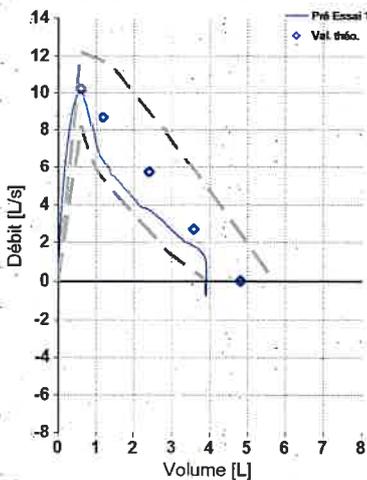
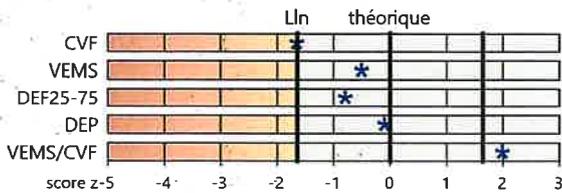
Votre VEMS/théorique: 94 %

Date du test **11/02/2022 12:12:08** Interprétation **GOLD(2008)/Hardie** Sélection de valeur **Meill. valeur**
 Heure post **Val. théo.** **ERS (ECCS/EGKS), 1995 * 0,88** BTPS (insp/exp) **1,12/1,02**

Paramètre	Théo.	Pré			%Théo.
		LIn	Meilleur	Essai 1	
CVF [L]	-4,81	3,93	3,93	3,93	82
VEMS [L]	4,03	3,29	3,81	3,81	94
VEMS/CVF	0,825	0,707	0,969	0,969	117
DEF25-75 [L/s]	5,11	3,40	4,29	4,29	84
DEP [L/s]	10,21	8,22	10,09	10,09	99
TEF [s]	-	-	3,5	3,5	-

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

Qualité du test **Pré** D - Un seul essai acceptable
 Interprétation système **Pré** Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables





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

AetMC U.E.F. 05
CEWA TB

Opérateur: CANGRA Papa Ousmane

Patient: 30.07.95

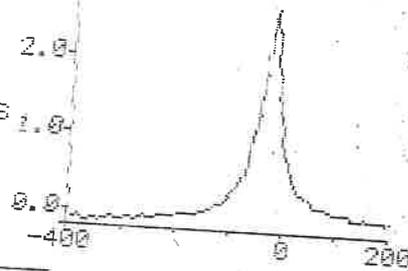
N du Patient: 38

Date: 11-Fév-2022

Heure 13:10

Temp.: FTE-I Gauche

VCA1: 0.94 ml 3.0 ml
VCA2: ---- ml
POM1: -25 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

VCA1: 0.95 ml 3.0 ml
VCA2: ---- ml
POM1: -35 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S
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: CAMARA PAPA OUSMANE	(4) Nom de naissance:
(5) Prénom: Né(e) le : 30/07/1995 19876 DAKAR	(6) Date de naissance:
	(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
	(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
	(13) Numéro de référence:

(301) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux:

Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date: **M. 2. 2022** Signature du demandeur: *[Signature]*

Signature du médecin examinateur (AME): *[Signature]*

Dr P. JOURDAN
Médecine générale
CEMA TB-F-05

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

Examen clinique:

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

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

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

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

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

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

Œil droit	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
	+0,75	-2,25	5	
Œil gauche	+0,75	-2,50	180	

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	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 Normal Anormal
 Anomaloscope Normal Anormal
 Normal Anormal

(318) Lunettes Oui Non Type: Oui Non

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

(320) Tension intra-oculaire

Droit 19,7 mmHg	Gauche 18,7 mmHg
------------------------	-------------------------

Méthode: Normal Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

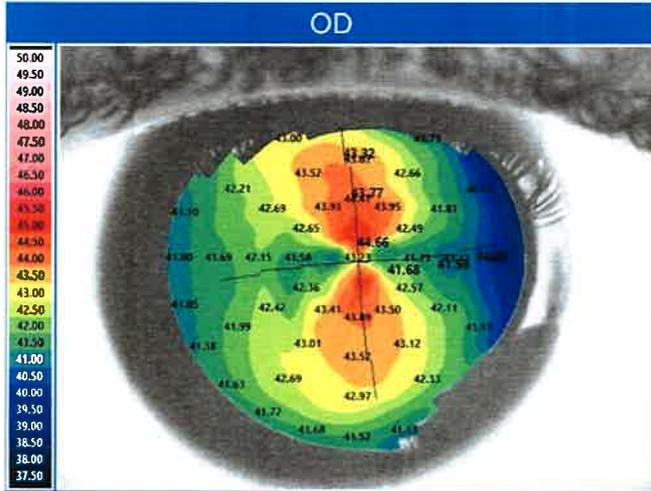
(322) Déclaration du médecin examinateur:
Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(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 <input type="checkbox"/> Apte <input checked="" type="checkbox"/> Inapte

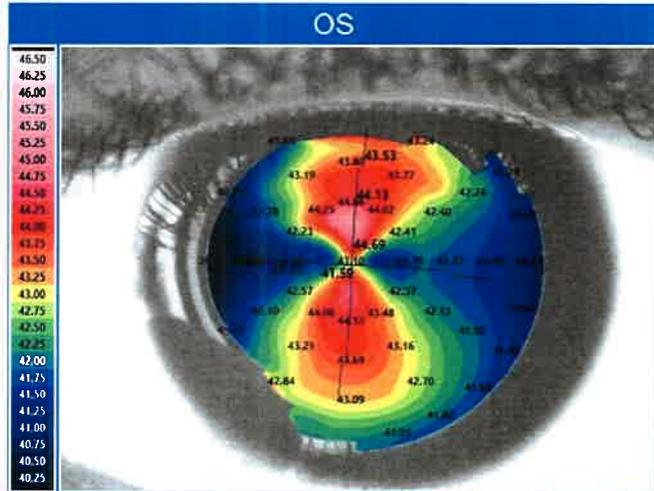
Information Patient

Patient	CAMARA Papa Ousmane	Sexe	M
Patient ID	30018	Date d'Examen	11/02/2022 12:03:59
Date de Naissance	30/07/1995		

MAPPE



D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
41.68 @ 3°	41.56 @ 5°	41.27 @ 7°
44.66 @ 93°	43.77 @ 95°	43.32 @ 97°
-2.98D ax3°	-2.21D ax5°	-2.05D ax7°

3 mm	5 mm	7 mm
41.59 @ 177°	41.53 @ 177°	41.05 @ 174°
44.69 @ 87°	44.13 @ 87°	43.53 @ 84°
-3.11D ax177°	-2.60D ax177°	-2.48D ax174°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.64 mm	Y= -0.16 mm
Diamètre	11.92 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.10 D / 3mm: 43.25 D	

Décentration Cornée	X= 0.76 mm	Y= -0.39 mm
Diamètre	11.79 mm	
Décentration Pupille	H= 0.37 mm	V= 0.07 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.43 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.11 D / 3mm: 43.17 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
46.85 D	2.33 D/mm	-0.57 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
45.66 D	2.21 D/mm	-0.28 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.74 D	SAI = 0.22 D	e = 0.54	43.16 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.53 D	SAI = 0.84 D	e = 0.49	43.05 D

Annotations

Patient: **CAMARA, Papa Ousmane**

Date de naissance: **30/07/1995**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30018**

Haag-Streit Diagnostics AG

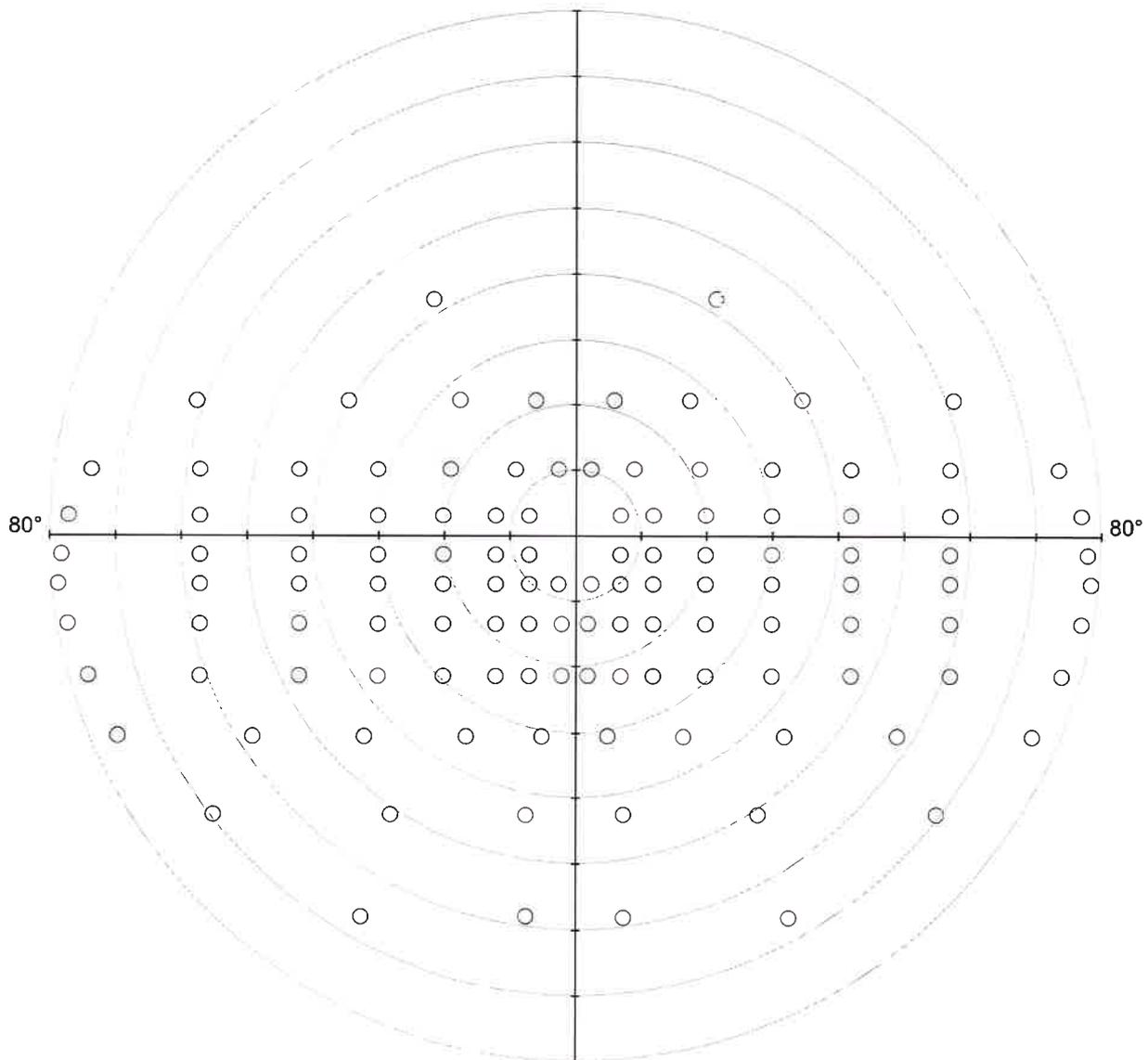
OU Valeur supraliminaire HFA

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: **03:32**

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: **10:50**
Âge: **26**



Score Esterman: **100**

○ Point vu: **120/120**

■ Point non vu: **0/120**

△ Tache aveugle

Commentaires

Signature



CAMARA

Formulaire d'examen de la santé mentale

PAPA OUSMANE

Tests à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

Né(e) le : 30/07/1995 19876

DAKAR

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

NOM :

Prénoms :

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

commentaires:

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

commentaires:

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

psychothérapie ou suivi psychologique en cours? oui non dernière ordonnance?

présentation générale / contact adapté oui non

symptômes cognitifs? oui non

symptômes psychotiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC ? 18,48

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) ? 4h

Bonne Roberts Bien structurée dans son parcours

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 le DGAC)

- CAT à discuter en staff

- autre:

Nom :

Dr J.-Y. LAFAILLE
Médecine générale
CEMA TB-F-01

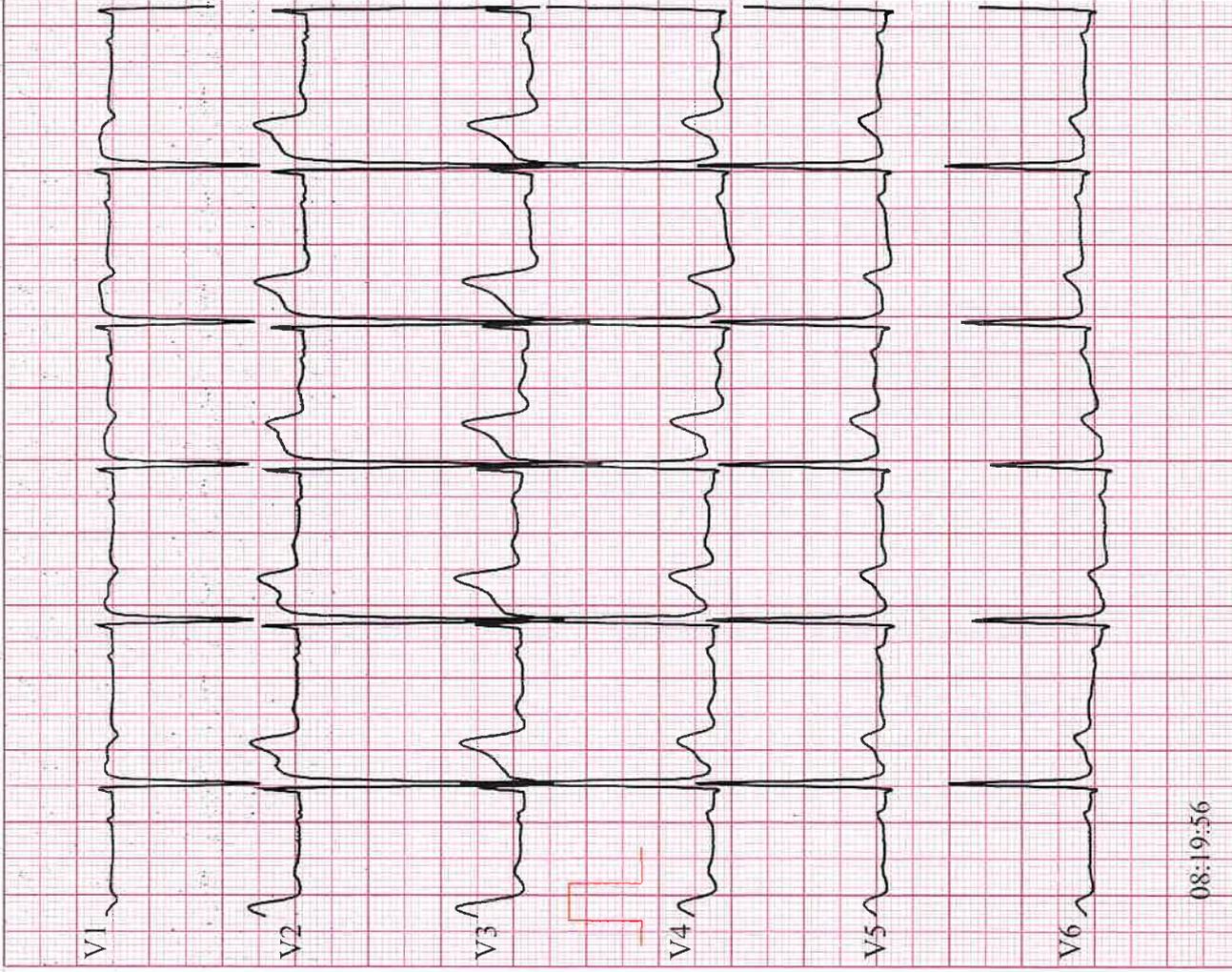
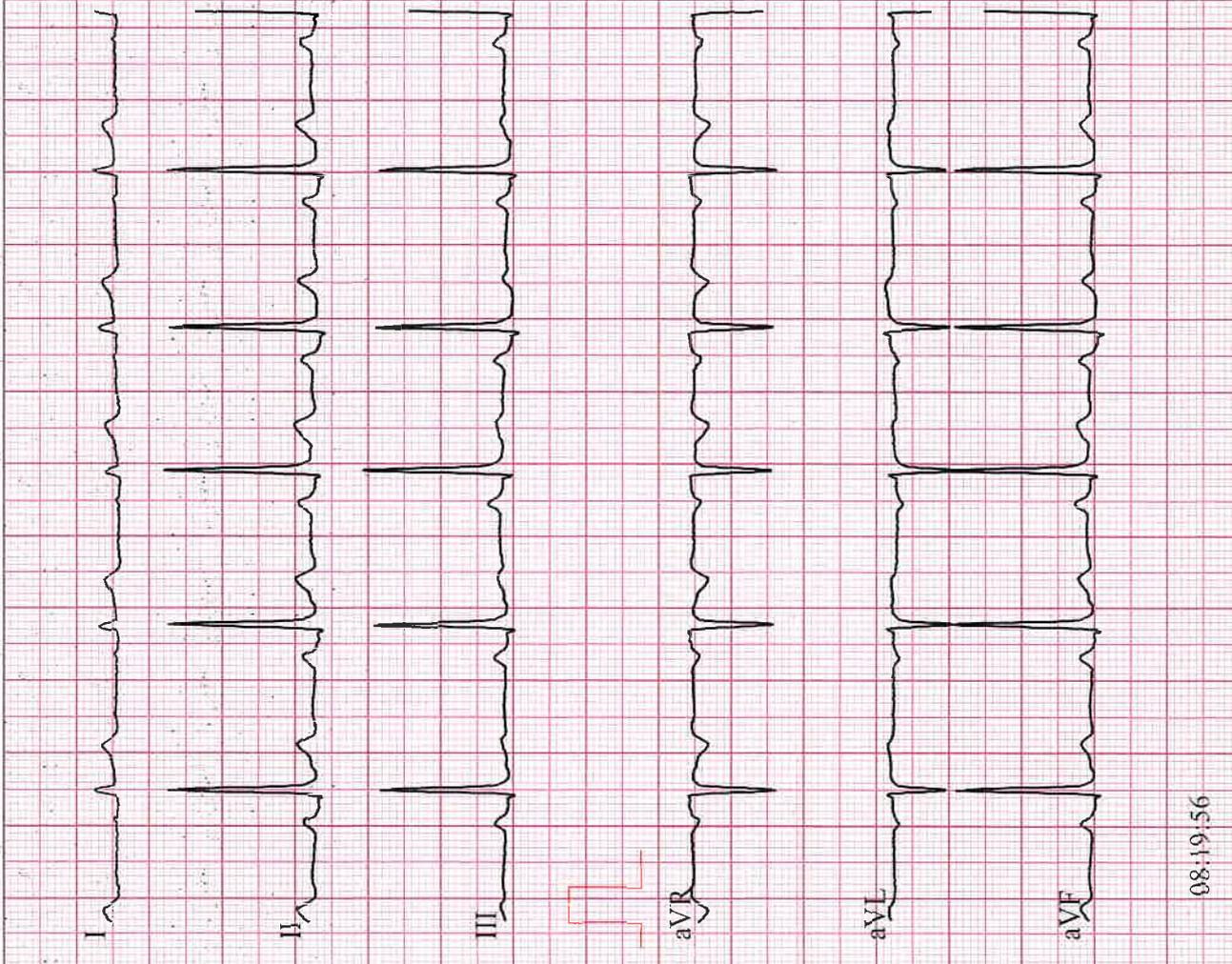
date:

Signature :

Examen ECG

Date: 2022.02.11. 08:19:56

30018 PAPA OUSMANE CAMARA · Date de naissance · 1995.07.30 Age 26



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

Filtres: 0,25/35/50 Hz

HR=68/min P=108ms PR=186ms QRS=106 ms QT=372ms QTc=396ms

08:19:56

08:19:56

P 84° QRS 83° T 45°

M-Timed/EC Base ver:3.21

Dr. J.-Y. LAFAILLE
Médecine générale
CEMA TR-F-05



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. CAMARA PAPA OUSMANE

Né(e) le 30.07.1995

Dossier N° 0120420016 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:26

Prélevé le 11.02.2022 à 11:26

Edité le 11.02.2022 à 09:41

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	4,85	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	14,3	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	43,3	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	89,3	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,5	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	33,0	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	40,5 % soit	1,38	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	7,8 % soit	0,27	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	1,2 % soit	0,04	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	37,0 % soit	1,26	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	13,5 % soit	0,46	G/L	N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :
Neutropénie

PLAQUETTES	286,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
(Principe Coulter, Beckman DXH-800)			
Volume plaquettaire moyen	6,9	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. CAMARA PAPA OUSMANE**Dossier N° 0120420016-00 du 11.02.2022 à 11:26
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 30.07.1995

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

	0,80	g/l	N: 0,70 - 1,10
<i>soit</i>	4,44	mmol/l	N: 3,89 - 6,12

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

	100	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 **89** ml/min/1.73m²DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **103** 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)*

	59	mg/l	N: 34 - 70
<i>soit</i>	351,1	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)*

	0,47	g/l	N: Inf. à 1,98
<i>soit</i>	0,53	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	1,67	g/l	N: 1,00 - 2,20
<i>soit</i>	4,32	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

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

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

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

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

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

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

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. CAMARA PAPA OUSMANE

Dossier N° 012042001600 du 11.02.2022 à 11:26

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 30.07.1995

Chambre :

transmis par CEMFN - 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

Je soussigné Dr **Pierre JOURDAN**

Médecin Chef/Directeur/Suppléant de l'AeMC de **TOULOUSE-BLAGNAC**

Médecin agréé de Classe 1

Médecin agréé de Classe 2

Certifie que Mr/Mme (nom, prénom) CAMARA Popa Ousmane

Né(e) le 30.07.1995

Candidat à l'obtention :

D'un certificat médical de Classe 1

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

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

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

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

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

D'un certificat autre : précisez lequel : _____

A été examiné(e) ce jour, le 11.02.2022

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

L'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).

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

Médical de la DSAC
Document remis en main propre au candidat (copie adressé au Pôle Médical)

Fait à Toulouse

Le 11.02.2022

Signature et cachet

Dr P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AeMC - 05

COMPTE-RENDU D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Nom usuel	CAMARA	Date de naissance	18 / 01 / 1996
Prénom	Papa Ousmane	Sexe	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

ANTÉCÉDENT D'INTERVENTION OPHTALMOLOGIQUE : RAS

Date : _____ Type : _____ Réfraction antérieure : _____

ŒIL DROIT

Acuité visuelle à 5 mètres
 sans correction : 10/10
 avec correction : 10/10

Acuité visuelle Parinaud 6 à 60 cm
 oui non → P =

Acuité visuelle Parinaud 2 à 30 cm
 oui non → P =

Correction actuelle (en dioptries) : /

Puissance réfractive sous cycloplégie :
 +0,75 -2,25 5°

Port de lentilles : oui non
 Réfraction stable : oui non

Tonus : 19

Biomicroscopie :

1) Segment intérieur : normal

2) Fond d'œil (verre à trois miroirs) :

-État de la papille : normal

-État du pôle postérieur : normal

-État de la périphérie rétinienne : normal

ŒIL GAUCHE

Acuité visuelle à 5 mètres
 sans correction : 10 /10
 avec correction : 10 /10

Acuité visuelle Parinaud 6 à 60 cm
 oui non → P =

Acuité visuelle Parinaud 2 à 30 cm
 oui non → P =

Correction actuelle (en dioptries) : /

Puissance réfractive sous cycloplégie :
 +0,75 -2,50 180°

Port de lentilles : oui non
 Réfraction stable : oui non

Tonus : 18

Biomicroscopie :

1) Segment intérieur : normal

2) Fond d'œil (verre à trois miroirs) :

-État de la papille : normal

-État du pôle postérieur : normal

-État de la périphérie rétinienne : normal

Acuité visuelle binoculaire à 5 mètres: sans correction : 10/10 avec correction : 10/10

Acuité visuelle binoculaire Parinaud 6 à 60 cm oui non → P = Acuité visuelle binoculaire Parinaud 2 à 30 cm oui non → P =

Équilibre oculomoteur : PPC : 5cm Phories : ortho. T.N.O. : 60
 (si anormal, joindre un bilan orthoptique)

Champ visuel binoculaire normal : oui non (joindre alors les copies des schémas)

Sens chromatique (tablets d'Ishihara) normal : oui non

DATE DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE : 11.2.22

NOM, TAMPON D'IDENTIFICATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN OPHTALMOLOGUE QUI A PRATiqué L'EXAMEN :



Dr Françoise CLERGUÉ
 Ophtalmologiste
 N° 311057186
 CEMA TB - 05