

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 : MBOUP	(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation		
(5) Prénom(s) : FALLOU	(6) Date de naissance (JJMM/AAAA) 05/08/1996	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée : PILOTE DE LIGNE	
(8) Lieu et pays de naissance : DAKAR, SENEGAL	(9) Nationalité : SENEGALAISE	(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	(15) Profession (principale) : ETUDIANT	
(10) Adresse permanente : 13 ZONE NORD FOIRE	(11) Adresse postale : (si différente)	(17) Dernier examen médical : Date : 27/12/2021 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL AERONAUTIQUE, DAKAR, SENEGAL		
Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221775910490 Courriel : FALLOUMBOUP5@GMAIL.COM	Pays : N° de téléphone :	(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :		
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types Numéro de licence Pays de délivrance			(21) Nombre total d'heures de vol : QUATRE HEURES	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : QUATRE HEURES
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :			(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTON	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input 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"/> 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). Détailliez 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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
(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"/>
						Antécédents familiaux		
						(170) Affection cardiaque <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(171) Hypertension artérielle <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(172) Taux élevé de cholestérol <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(173) Epilepsie <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(174) Maladie mentale/suicide <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(175) Diabète <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(176) Tuberculose <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(177) Allergie/asthme/eczéma <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(178) Maladie héréditaire <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						(179) Glaucome <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		
						A remplir uniquement pour les femmes		
						(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
						(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

(30) Remarques :
123) J'AVAIS LE PALUDISME EN 2019
*pas de suite à 54an (pas femme)
(cause de mon mariage)*

(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) (i) / (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **05/02/2021** Signature du demandeur *[Signature]* Signature du médecin examinateur : **Dr J.-Y. LAFAILLE**
Médecin généraliste
CEMA TB-E-05



MBROUP

FALLOU

Né(e) le : 05/08/1996 30008

DAKAR

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

à compléter au formulaire pour demande de certificat médical)

ET 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 184 cm	(203) Poids 71,1 kg	(204) Yeux couleur marron	(205) Cheveux couleur noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Poids au repos	
					Systolique 110	Diastolique 80	Pulsations (bpm) 70	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir cheveu	<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 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 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 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

25 ans EP (Cadet Air Sénégal) Cléburn sans enfant.
Leucopénie réagie Leucocytes 4600
Poly Nuits 1350
Toxiques négatifs.

tabac: φ
alcool: φ
Médicament: φ
Sport: CAP + 1/2 quinzaine.

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

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	
	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	
	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"/>

(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 réalisés)

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 100 %	Peak Flow (l/min) 114,6	(g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose Protéines Sang Autres _____

Rapports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	11/02/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	11/02/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	11/02/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	11/02/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	11/02/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	11/02/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G 14 D 14 mmHg	<input type="checkbox"/>	11/02/2017	<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 : **Apte**

Nom : _____
Signature : **Dr J-Y LAFALLE**
Médecin généraliste
CEMA TB-F-05

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

APTE pour la classe:

certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire, dans l'affirmative, indiquer:
le destinataire : _____
le motif : _____

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

Champ d'application du certificat	CLASSE 1	CLASSE 2	LAPL	PNC/CCA
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 soussigne 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 : 11.02.2017	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Fax: Telephone: E-mail: Dr P. JOURDAN	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Numéro d'AME:
--------------------------------------	---	---

**Medecin 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 u MBOUP FALLOU	(4) Nom de naissance:
(5) Prénom DAKAR	(6) Date de naissance: 05/08/1996 30008
(7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation	
(13) Numéro de référence :	

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

Date: **11/02/2022** Signature du demandeur: *[Signature]* Signature du médecin examinateur (AME): **Dr J.-Y. LAFAILLE**
Médecine générale
CEMA TB-F-05

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

Examen clinique:
Cocher chaque item

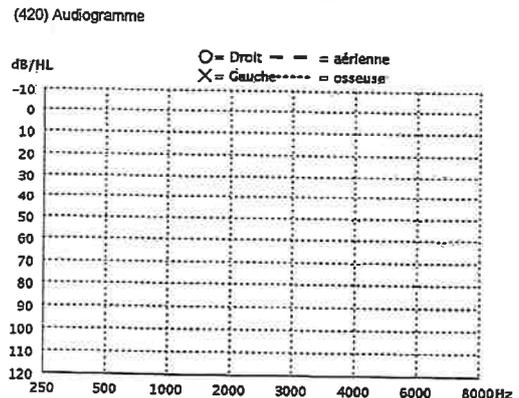
	Normal	Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(419) Audiométrie tonale
db HL (seuil d'audition)

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

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) Laryngoscope directe ou indirecte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(421) Remarques et recommandations ORL:

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

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

Audiométrie tonale



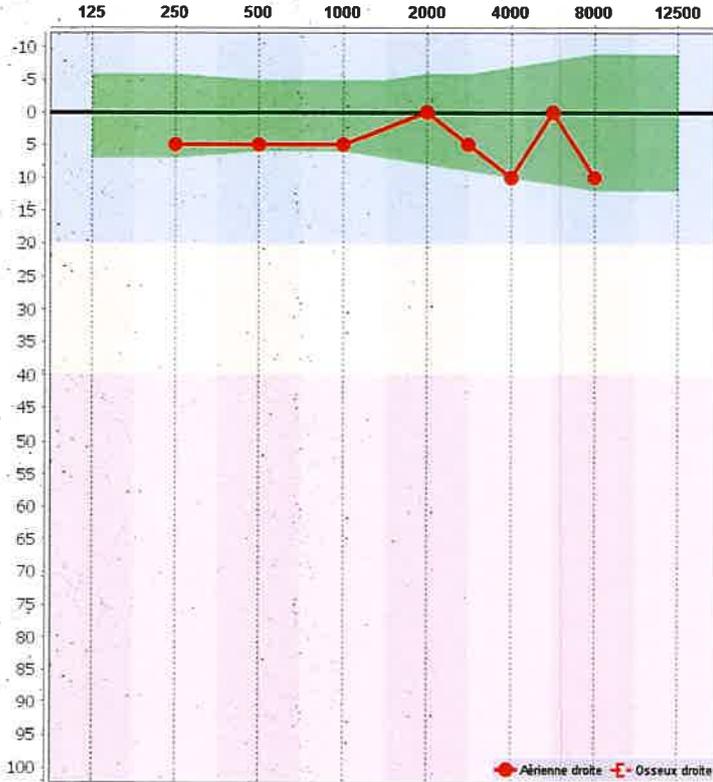
Opérateur : Pauline Cansot

Patient **Fallou MBoup**

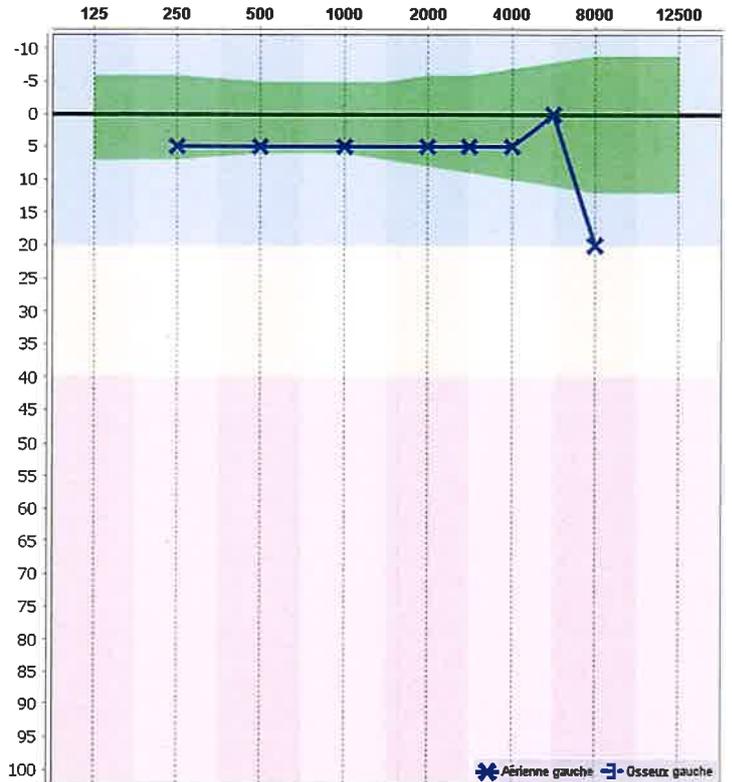
Date de naissance 05 août 1996

Date de mesure 11/02/2022 11:59:10

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	5,00 dB HL	3,33 dB HL
Indice précoce d'alerte	3,33 dB HL	5,00 dB HL
Indicateur médico-légal	5,00 dB HL	4,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	5,00 dB HL	5,00 dB HL
Sigycop (O= 1)	Coef. : 1	Coef. : 1

Notes

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

Mboup, Fallou

ID: 30008 Âge: 25 (05/08/1996)

Sexe **Masculin** Taille **184 cm**
 Ethnicité **Africain** Poids **71 kg** IMC **21**

CVF avec CV

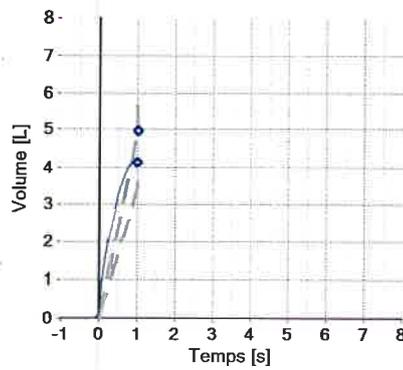
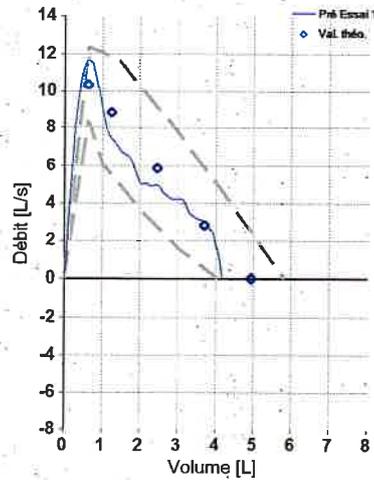
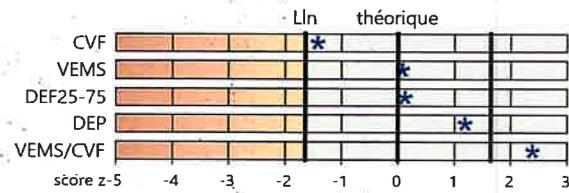
Votre VEMS/théorique: 101 %

Date du test **11/02/2022 12:02:17** 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		Essai-1	%Théo.
		LIn	Meilleur		
CVF [L]	4,93	4,05	4,17	4,17	85
VEMS [L]	4,13	3,39	4,17	4,17	101
VEMS/CVF	0,827	0,709	1,000	1,000	121
DEF25-75 [L/s]	5,19	3,48	5,33	5,33	103
DEP [L/s]	10,37	8,38	11,83	11,83	114
TEF [s]	-	-	1,0	1,0	-

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

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



AeMC U.E.F. 05
CEMA TB

Opérateur: MBOUP Fallou

Patient: 5/8/96

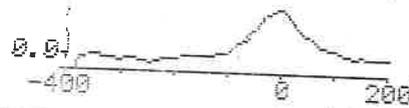
N. du Patient: 37

Date: 11-Fév-2022

Heure 13:00

Tymp. : FTE-I Gauche

VCA1: 1.27 ml 3.0 ml
VCA2: ---- ml
POM1: -5 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Tymp. : FTE-I Droite

VCA1: 1.55 ml 3.0 ml
VCA2: ---- ml
POM1: 0 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/OCA
(3) Nom: MBOUP FALLOU Né(e) le: 05/08/1996 30008	(4) Nom de naissance: (12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénoms: DAKAR	(6) Date de naissance: (7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin (13) Numéro de référence:

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

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

Date:

Signature du demandeur: *M. Z. Lorr*

Signature du médecin examinateur (AME):

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

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

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophtalmoscope.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	12 cm	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	ortho	Ortho	3A
Eso		Eso	
Exo		Exo	
Hyper		Hyper	
Cyclo		Cyclo	
Tropie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Phorie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de réserve de fusion <input checked="" type="checkbox"/> Non effectué <input 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 Normal Anormal

Lanterne de Beyne Anomaloscope

Normal Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

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

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

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

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Œil droit	+0,50	-0,25	95	
Œil gauche	+1,50	-1	10	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(318) Lunettes

Oui Non

(319) Lentilles de contact

Oui Non

(320) Tension intra-oculaire

Droit	14,3	mmHg	Gauche	14,3	mmHg
-------	-------------	------	--------	-------------	------

Méthode:

Normal Anormal

(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

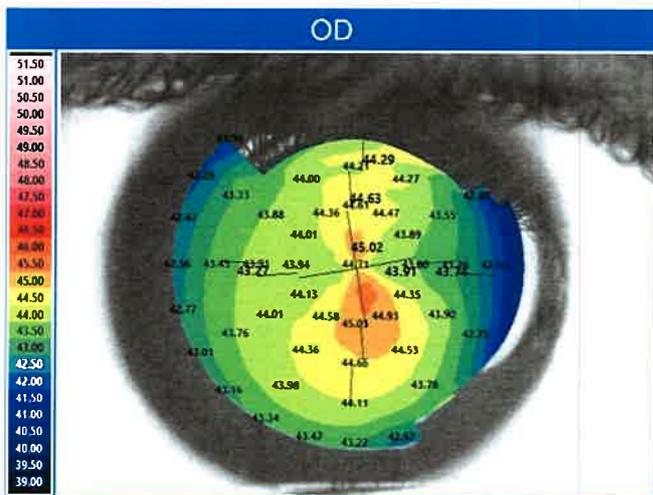
E-mail:
Telephone No:
Fax No:

Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste

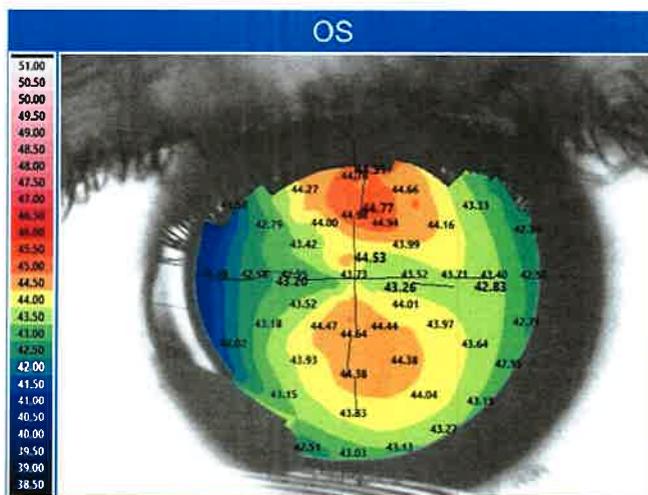
Apte Inapte

Information Patient

Patient	MBOUP Fallou	Sexe	M
Patient ID	30008	Date d'Examen	11/02/2022 11:55:30
Date de Naissance	05/08/1199		

MAPPE


D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
43.91 @ 10°	43.74 @ 5°	43.27 @ 177°
45.02 @ 100°	44.63 @ 95°	44.29 @ 87°
-1.11D ax10°	-0.89D ax5°	-1.02D ax177°

3 mm	5 mm	7 mm
43.26 @ 1°	43.20 @ 175°	42.83 @ 0°
44.53 @ 91°	44.77 @ 85°	44.31 @ 90°
-1.27D ax1°	-1.56D ax175°	-1.49D ax0°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.50 mm	Y= -0.09 mm
Diamètre	11.78 mm	
Décentration Pupille	H= -0.09 mm	V= 0.11 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.04 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 44.41 D / 3mm: 44.50 D	

Décentration Cornée	X= 0.50 mm	Y= -0.05 mm
Diamètre	11.78 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.95 D / 3mm: 43.88 D	

Détection du Kératocone

AK	AGC	SI	Kpi
45.30 D	0.73 D/mm	0.21 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
45.02 D	0.72 D/mm	-0.27 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.32 D	SAI = 0.24 D	e = 0.45	44.61 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.65 D	SAI = 0.24 D	e = 0.17	43.79 D

Annotations

Patient: **MBOUP, Fallou**

Date de naissance: **05/08/1996**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30008**

Haag-Streit Diagnostics AG

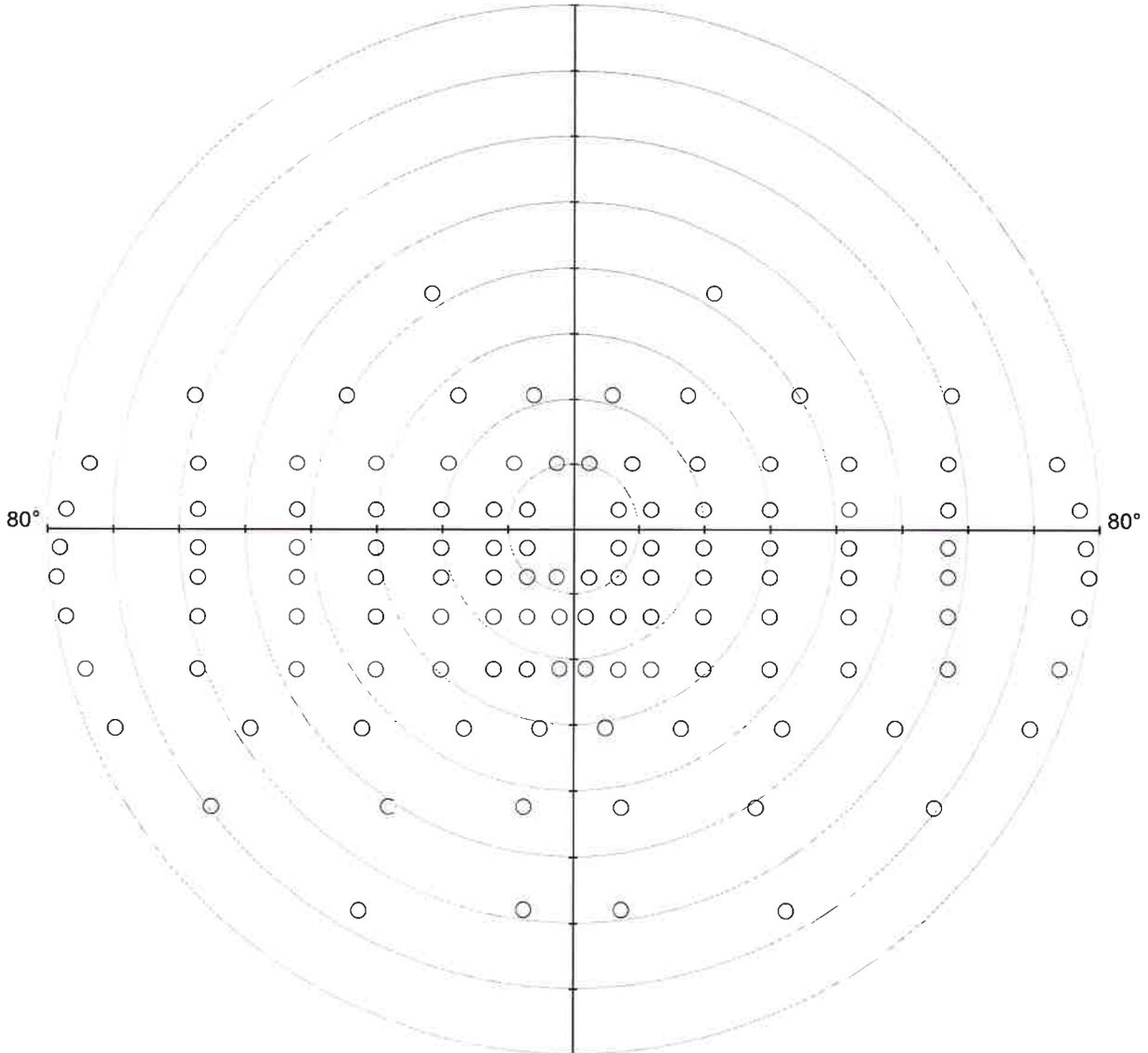
OU Valeur supraliminaire HFA

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: **03:30**

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: **10:39**
Âge: **25**



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

Commentaires

[Redacted comment area]

Signature

[Redacted signature area]



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

MBOUP

FALLOU

dates à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

Né(e) le : 05/08/1996 **30008**

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

NOM :

Prénoms :

DAKAR

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

commentaires:

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

commentaires:

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

psychothérapie ou suivi psychologique en cours? oui non

dernière ordonnance ?

présentation générale / contact adapté oui non

symptômes cognitifs? oui non

symptômes psychotiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC ?

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

21,54

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) ? 4

Motivé bien structuré

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 :

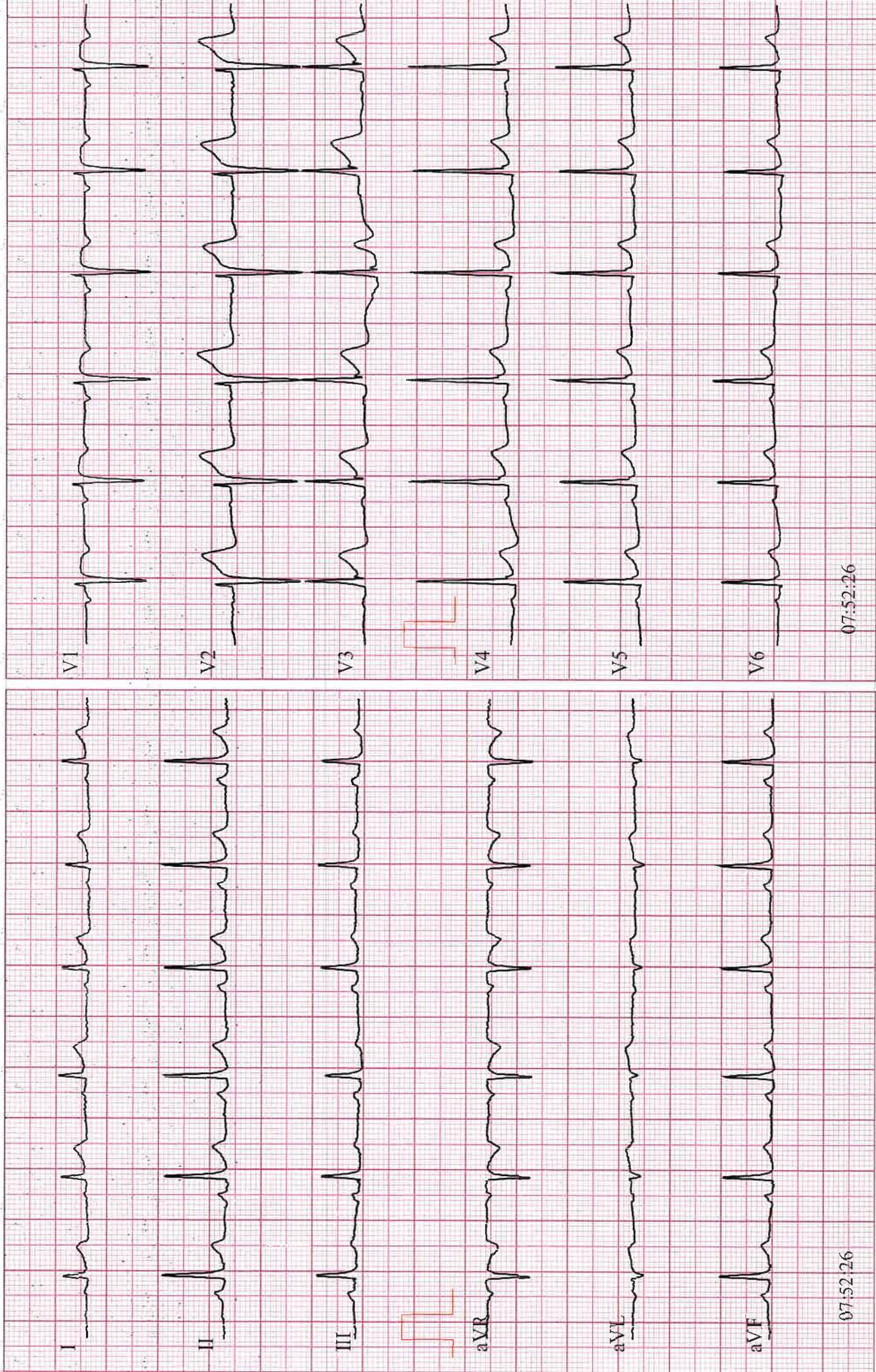
Dr J.-Y. LAFAILLE
Médecine générale
CEMA TB-F-05

Examen ECG

Date: 2022.02.11 07:52:26

Fallou MBOUP

Date de naissance 1996.08.05 Age 25



07:52:26

07:52:26

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

Filtres: 0.25/35/50 Hz

HR=74/min P=98ms PR=160ms QRS=94ms QT=354ms QTc=393ms

P 73° QRS 66° T 42°



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

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

Patient : **M. MBOUP FALLOU**
Né(è) le 05.08.1996

Dossier N° 0120420001 - 00 reçu le 09.02.2022 à 11:13
Prélevé le 11.02.2022 à 11:13
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	4,4	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	4,75	T/L	N: 4,60 à 6,20
Hémoglobine	14,6	g/dL	N: 13,0 à 18,0
Hématocrite	44,3	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	93,2	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	30,7	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	12,6	%	N: 12,3 à 17,0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

Neutrophiles	30,6 % soit	1,35	G/L	N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	11,0 % soit	0,48	G/L	N: 0,00 à 0,60
Basophiles	1,3 % soit	0,06	G/L	N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	41,1 % soit	1,81	G/L	N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	16,0 % soit	0,70	G/L	N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :
Neutropénie

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman-DXH-800)

Volume plaquettaire moyen	295,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
	8,1	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. MBOUP FALLOU**

Né(e) le 05.08.1996

Dossier N° 0120420001-00 du 11.02.2022 à 11:13

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

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)*

	82	μmol/l	N: 59 - 104
<i>soit</i>	9	mg/l	N: 7 - 12

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **114** ml/min/1.73m²DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **132** 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)*

	48	mg/l	N: 34 - 70
<i>soit</i>	285,6	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)*

	0,81	g/l	N: Inf. à 1,98
<i>soit</i>	0,92	mmol/l	N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

	1,64	g/l	N: 1,00 - 2,20
<i>soit</i>	4,24	mmol/l	N: 2,59 - 5,70

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

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

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

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

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

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

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. MBOUP FALLOU

Dossier N° 012042000400 du 11.02.2022 à 11:13
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 05.08.1996

Chambre :

transmis par CEMPN - CEMA

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cècres 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

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

CLASSE I / 2 / 1 LAPL
CLASS I / 2 / 1 LAPL

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
**MBOU
FALLOU**

XIV Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)
05/08/1996 - DAKAR

VI Nationalité / Nationality
SN (SENEGAL)

VII Signature du titulaire / Signature of holder

MED.A.020 Decrease in exercise of licence
(a) Les certificats de pilotage délivrés en vertu de la présente réglementation sont soumis aux conditions suivantes :
(1) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de ligne ou d'une licence de pilote de transport public ou d'une licence de pilote de transport de passagers.
(2) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(3) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(4) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(5) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(6) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(7) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.

II **Certificat médical de Classe 1**
Class 1 medical certificate

IX Date d'expiration du certificat médical pour (JJ/MM/AAAA) / Expiry date of this certificate for (DD/MM/YYYY)
11 / 02 / 2023

Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers
11 / 02 / 2023

Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations
11 / 02 / 2023

Classe 2 / Class 2
11 / 02 / 2027

LAPL / LAPL
11 / 02 / 2027

MED.A.020 Decrease in exercise of licence
(a) Les certificats de pilotage délivrés en vertu de la présente réglementation sont soumis aux conditions suivantes :
(1) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de ligne ou d'une licence de pilote de transport public ou d'une licence de pilote de transport de passagers.
(2) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(3) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(4) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(5) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(6) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.
(7) Ils sont délivrés à un pilote titulaire d'une licence de pilote de transport de passagers.

XIII **Limitations / Limitations**
Code - Description / Code - Description

X Date de délivrance / Date of issue
11 / 02 / 2022

Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor

XI Cachet / Stamp
Dr. Pierre JOURDAN
Médecin chef
Fra - AEMC - 05

Date de l'examen médical / Date of medical examination
11 / 02 / 2022

Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram
11/02/2022

Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram
11/02/2022