



Centre d'Expertise Médicale

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

Blagnac, le 18.02.2022

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 Madame DEMBADIANG Fatoumata née le 01.09.1999.

Joint à cette observation :

- Fiche de renseignements administratifs.
- Visite médicale du 11.02.2022.
- Compte-rendu ophtalmologique du Dr CLERGUÉ du 18.02.2022.

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

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



CENTRE D'EXPERTISE MÉDICALE SAS
Subsidiary of **hope**

Aéroport de Toulouse Blagnac
BP60030 - 31701 Blagnac Cedex
www.cempr.fr - contact@cempr.fr
Tél. 33 (0)5 61 71 06 71 - Fax: 33 (0)5 61 71 06 72

RCS de Toulouse : B390 530 830
TVA intra : FR 2139053083000020
APE : 8299Z

Observation médicale

Objet : Renvoi au Pôle Médical

Concernant : Madame DEMBADIANG Fatoumata née le 01.09.1999

Demeurant : Randoulène Nord THIES, SENEGAL

Présenté par : Docteur Pierre JOURDAN le 18.02.2022

Motif : Astigmatisme supérieur aux normes aéronautiques.

I- Statut socio-professionnel

Le 11.02.2022, Madame DEMBADIANG Fatoumata, 22 ans, se présente à l'AeMC de Toulouse-Blagnac pour une demande d'admission classe 1.

✓ Sur le plan aéronautique :

Cadet de Air Sénégal.

Elle a effectué 5 heures de vol.

✓ Sur le plan personnel :

Etudiante en génie électrique.

Célibataire, sans enfant.

Elle déclare :

- Tabac : non jamais.
- Alcool : non.
- Médicament : non.
- Sport : peu.

II- Antécédents

✓ Familiaux :

Sans particularité.

✓ Personnels :

Hospitalisée pour paludisme à l'âge de 8 ans.

III- Visite du 11.02.2022

Asymptomatique.

Bon état général.

Elle pèse 64kg pour 1.66m définissant un IMC à 23.70

Examen cardiovasculaire :

Tension artérielle mesurée à 130/74 mmHg

Pas de souffle cardiaque audible.

ECG dans les limites de la normale.

Examen général satisfaisant.

Bandelette urinaire négative.

Recherche des toxiques négative.

Exploration fonctionnelle respiratoire normale.

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

Bilan biologique normal :

- Pas d'anémie Hb 12,8
- Leuco-neutropénie légère :
 - 3600 Leucocytes
 - 1440 polynucléaires neutrophiles.
- Glycémie, créatinine, DFG CKD-EPI, acide urique, triglycérides, transaminases, Gamma GT normaux.
- Cholestérol total 1,96g/l.

Apte ORL.

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

Puissance réfractive sous cycloplégie :

- OD : +1.50 (-2.50 à 0°).
- OG : +1.75 (-2.50 à 0°).

V- Conclusion

Candidate classe 1, 22 ans présentant un astigmatisme supérieur aux normes aéronautiques.

18.02.2022

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 : DEMBADIANG NOM DE NAISSANCE :

PRENOMS : Fatoumata Fadema

SEXE : Masculin Féminin DATE de naissance : 01/09/1999 LIEU de naissance : Thiès (Sénégal)

ADRESSE PERSONNELLE Randonnée Nord

Code Postal Ville Thiès Pays Sénégal

Téléphone portable : 47 54 50 032 Téléphone fixe :

Adresse électronique : fdembadiang5077@gmail.com

Cocher les cases utiles SVP

Je suis déjà titulaire d'une ou plusieurs licences :

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

- Qualifications : Aucune
 Voltige aérienne Vol de nuit Vol de montagne IFR
 Remorquage planeurs ou banderoles Instructeur 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 : 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 : 11/09/2022 Nom de l'AeMC/AME : Aero Medical Center

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

Aero Medical Center
UE-F.05

- 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 : Toulouse Le : 11/09/2022 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 : DEMBADIANG		(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) : FATOUMATA FADÉRA		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(8) Lieu et pays de naissance : THIES, SENEGAL		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 01/09/1999	(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>
(10) Adresse permanente : RANDOULENE NORD THIES, SFNFGAI Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221775450032 Courriel : FDEMBADIANG5077@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) : ETUDIANTE	
		(16) Employeur : AIR SENEGAL SA	
		(17) Dernier examen médical : Date : 14/12/2021 Lieu : CENTRE D'EXPERTISE MEDICAL DU PERSONNEL AERONAUTIQUE DAKAR SENEGAL	
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
		(21) Nombre total d'heures de vol : 5 HEURES	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 5 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 type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : MONOMOTEUR A PISTONS	
Détails :		(25) Type de vol envisagé : VOLS D'INSTRUCTION	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu :		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input checked="" type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
Détails :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			
(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 :			

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
										(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques :
(129) : j'ai une fois été hospitalisée lorsque j'ai attrapé le paludisme. *à l'âge de 8 ans*

(31) Déclaration : Je soussigné(e), déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux que j'ai signalés. Je comprends qu'en cas de fausse déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable en vertu du droit national.

CONSENTEMENT A LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MEDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation médico-matérielle ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissance 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(e) et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARAMED 130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA/55 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED 150 (c) (4).

Date : *Le 08/09/2022* Signature du demandeur : *[Signature]* Signature du médecin examinateur : **Dr. P. CORREA**
Medecin *[Signature]*
CEMA Toulouse



DEMBADIANG
FATOUmata FADERA
Né(e) le : 01/09/1999 19869

THIES

APPORT D'EXAMEN MEDICAL

à au formulaire pour demande de certificat médical)

PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : _____ Prénoms : _____ Date de naissance (JJ/MM/AAAA): _____
Lieu de naissance : _____

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 166 cm	(203) Poids 64 kg	(204) Yeux couleur Bleu	(205) Cheveux couleur Bleu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 74	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 80 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	------------------------	----------------------	----------------------------	-------------------------------	--	---

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input 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 checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Cadet Arn Seydel, 22 ans étudiant Génie Elect. Réseaux. Tabac = 0
Célib, 0 enfant. Alcool = 0
Leucocytes totaux 3600 L 1400 PM. III = 0.
Spait = ±
Toxiques négatifs.

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	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm sans correction avec correction

Ceil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Type : _____

Réfraction : Sph _____ Cylindre _____ Axe _____ Ajouter _____

Ceil droit _____ Ceil 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'examineur	Oreille droite	Oreille gauche
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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 96 %	Peak Flow (l/min) 128	(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"/>	11-02-2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	11-02-11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	11-02-11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	11-02-11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	11-02-11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	11-02-11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G D I3 mmHg	<input type="checkbox"/>	11-02-11	<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*

Signature : *P. CORREA*
Médecin
CFEMA 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 : _____ 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 type="checkbox"/>	LAPL <input type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

(248) Commentaires, limitations :
un apte renvoi a poste

(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 : 11.02.2011
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: DÉMBADIANG FATQUMATA FADERA Né(e) le: 01/09/1999 19869	(4) Nom de naissance:
(5) Prénom: THIES	(6) Date de naissance:
(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation	(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input checked="" 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: **11-02-2024** Signature du demandeur: *[Signature]* 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: RAV
---	--------------------------------------

Examen clinique:

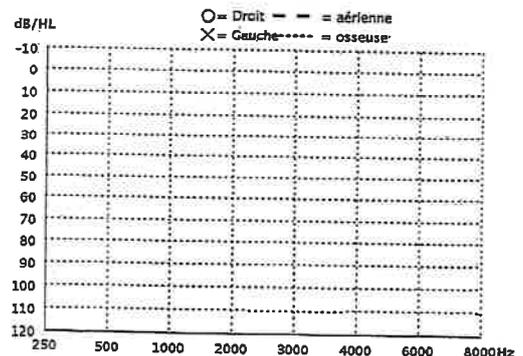
Cocher chaque item

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

(419) Audiométrie tonale

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

(420) Audiogramme



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"/>

(421) Remarques et recommandations ORL:

[Empty box for remarks and recommendations]

(422) Déclaration du médecin examinateur:

Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes confirment mes constatations d'une manière complète et correcte.

(423) Lieu et date:

11-02-2024

Signature du médecin examinateur agréé:

Dr. P. CORREA
Medecin

CEMA Toulouse

Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules):

E-mail:
Telephone No:
Fax No:

Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:

Proposition d'aptitude du médecin ORL

Apte Inapte

Audiométrie tonale



Opérateur : Pauline Cansot

Patient

Fatoumata Fadera Dembadiang

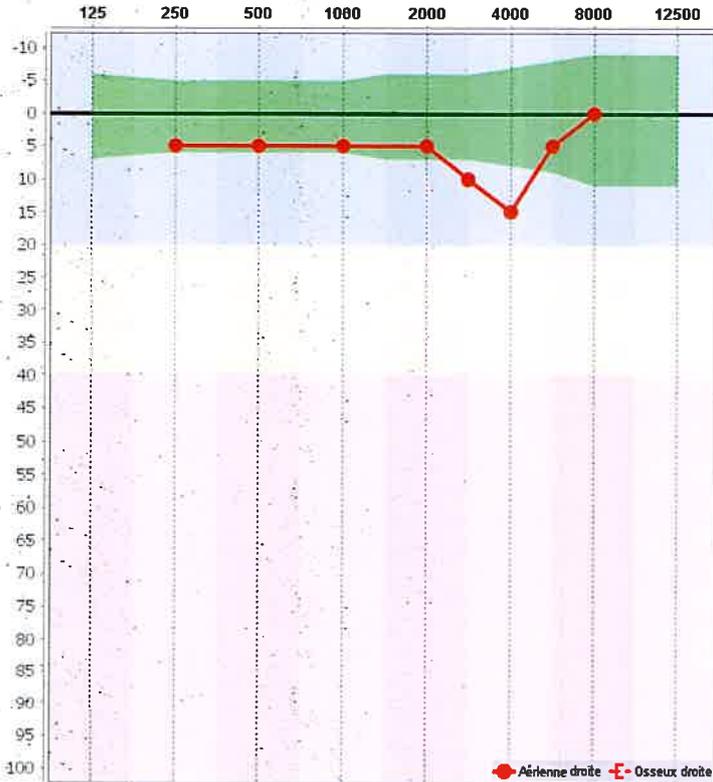
Date de naissance

DEMBADIANG
FATOUMATA FADERA
Né(e) le : 01/09/1999 **19869**

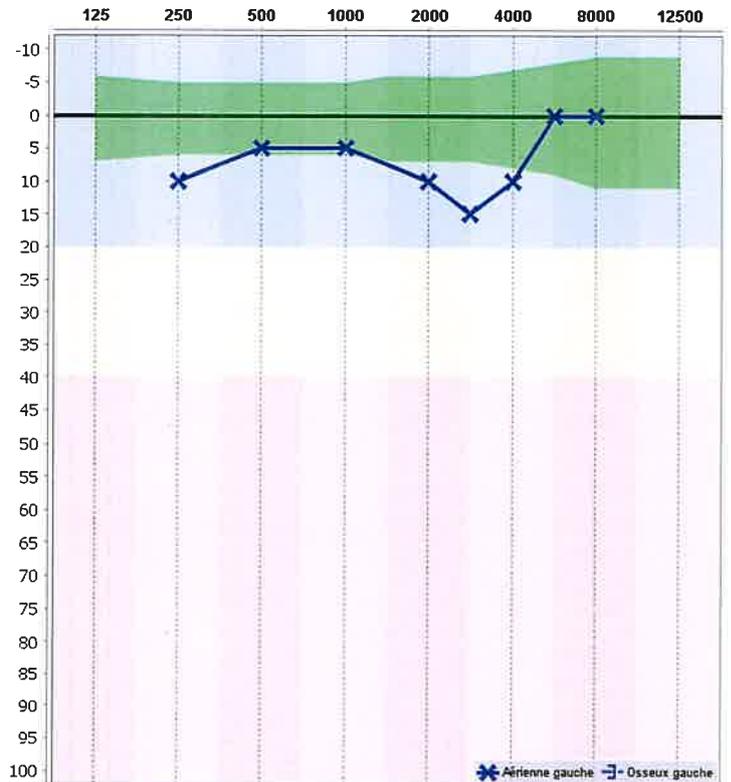
Date de mesure

TRIES

Droite



Gauche



Indice Tonal Moyen	Gauche	Droite
Indice Tonal Moyen	6,67 dB HL	5,00 dB HL
Indice précoce d'alerte	8,33 dB HL	10,00 dB HL
Indicateur médico-légal	7,00 dB HL	6,00 dB HL
Indicateur de surdité professionnelle	7,50 dB HL	7,50 dB HL
Sigycop (O= 2)	Coef. : 2	Coef. : 1

Notes

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

Demadiang, Fatoumata Fadera

ID: 19869 Âge: 22 (01/09/1999)

Sexe Féminin Taille 166 cm
 Ethnicité Africain Poids 63 kg IMC 22.9

CVF avec CV

Votre VEMS/théorique: 96 %

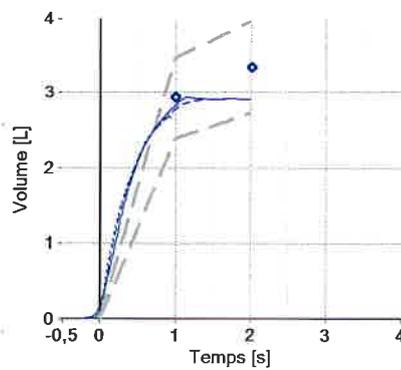
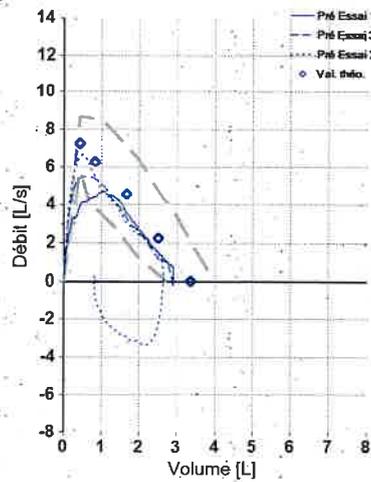
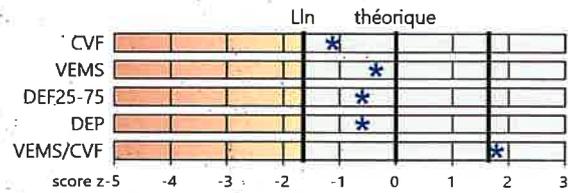
Date du test 11/02/2022 09:39:27 Interprétation GOLD(2008)/Hardie Sélection de valeur Meill. valeur
 Heure post Val. théo. ERS (ECCS/EGKS), 1993 * 0,88 BTPS (insp/exp) 1,12/1,02

Paramètre	Théo.	Pré					%Théo.
		Lln	Meilleur	Essai-1	Essai-3	Essai-2	
CVF [L]	3,36	2,73	2,93	2,93	2,90	2,67*	87
VEMS [L]	2,93	2,38	2,81	2,81	2,76	2,67	96
VEMS/CVF	0,843	0,735	0,961	0,961	0,952	1,000	114
DEF25-75 [L/s]	4,14	2,75	3,64	3,64	3,55	3,71	88
DEP [L/s]	7,27	5,79	6,73	4,68*	5,46*	6,73	93
TEF [s]	-	-	2,0	2,0	1,7	1,0	-

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

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

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





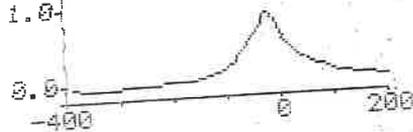
ZODIAC 901 N/S 37874
Casque N/S
Date Cal: 21-Oct-2021

ReMC U.E.F.05
CEMA TB

Opérateur: *DENE* **DEMBADIANG**
Patient: *Fatou* **FATOUMATA FADERA**
N° du Patient: *3* **Né(e) le: 01/09/1999 19869 a**
Date: 11-Fév-2022 **TRIES**

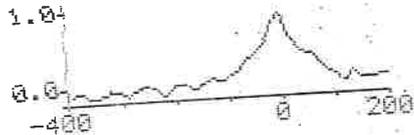
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 1.01 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: -20 daP 2.0
POM2: --- daP
POMd: --- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.93 ml 3.0 ml
UCA2: --- ml
POM1: -5 daP 2.0
POM2: --- daP
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 usur DEMBADIANG FATOUmata FADERA		(4) Nom de naissance:	
(5) Prénom(s) Thies		(6) Date de naissance:	
Né(e) le : 01/09/1999 19869		(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin	
		(12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation	
		(13) Numéro de référence:	
<p>(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.</p> <p>Date: 11-02-99 Signature du demandeur: <i>[Signature]</i> Signature du médecin examinateur: Dr. P. CORREA Medecin CEMA Toulouse</p>			
(302) Catégorie d'examen: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		(303) Antécédents ophtalmologiques: RAS	

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'oeil (ophtalmoscopie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence: 6 cm cm	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation: D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

À la distance de 5/6 mètres		De près à 30-50 cm	
Ortho	<input checked="" type="checkbox"/>	Ortho	<input checked="" type="checkbox"/>
Eso	<input type="checkbox"/>	Eso	<input type="checkbox"/>
Exo	<input type="checkbox"/>	Exo	<input type="checkbox"/>
Hyper	<input type="checkbox"/>	Hyper	<input type="checkbox"/>
Cyclo	<input type="checkbox"/>	Cyclo	<input type="checkbox"/>
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 type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			

(313) Perception des couleurs **TNO 60**

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

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'examineur: (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

Acuité visuelle:

(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction		Lunettes		Lentilles de contact
		Corrigé à			
Oeil droit	6 /10		10 /10		/10
Oeil gauche	4 /10		10 /10		/10
Vision Binoculaire	8 /10		10 /10		/10

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

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

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition
Oeil droit	+1.50	-2.50	0	
Oeil gauche	+1.75	-2.50	0	

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

Aut: +1 -2 170°
Aut: +1 -2 40°

(318) Lunettes (319) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non
 Type: Type:

(320) Tension intra-oculaire

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

Méthode: Normal Anormal

Information Pat

Patient

Patient ID

Date de Naissance

DEMBADIANG

FATOUMATA FADERA

 Né(e) le : 01/09/1999 **19869**

THIES

ma Fadera

Sexe

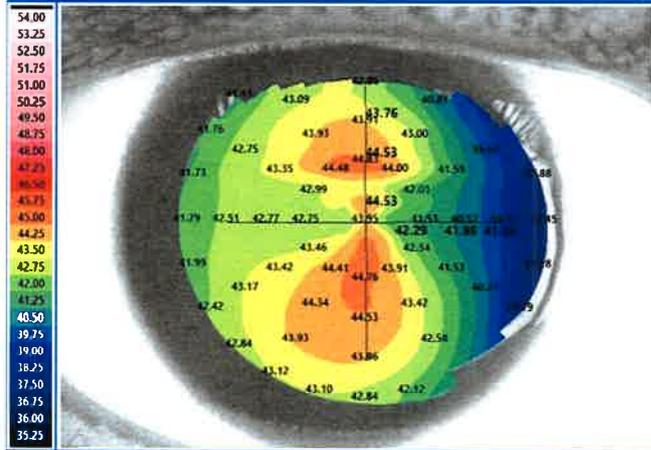
F

Date d'Examen

11/02/2022 09:30:14

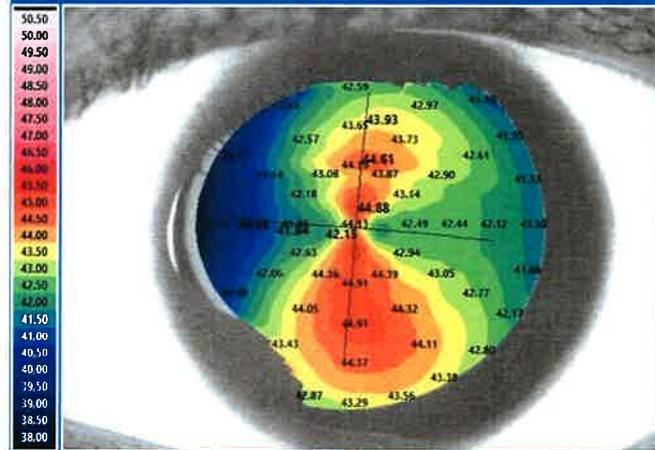
MAPPE

OD



D Normalisée - Axiale

OS



D Normalisée - Axiale

Méridiens

3 mm	5 mm	7 mm
42.29 @ 1°	41.98 @ 0°	41.33 @ 0°
44.53 @ 91°	44.53 @ 90°	43.76 @ 90°
-2.23D ax1°	-2.55D ax0°	-2.42D ax0°

3 mm	5 mm	7 mm
42.15 @ 176°	41.84 @ 175°	41.13 @ 175°
44.88 @ 86°	44.61 @ 85°	43.93 @ 85°
-2.74D ax176°	-2.77D ax175°	-2.80D ax175°

Données Cornée

Décentration Cornée	X= -0.70 mm	Y= 0.09 mm
Diamètre	11.40 mm	
Décentration Pupille	H= -0.01 mm	V= 0.15 mm
Diamètre Pupille Moyen	3.39 mm	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.47 D / 3mm: 43.54 D	

Décentration Cornée	X= 0.63 mm	Y= -0.19 mm
Diamètre	11.60 mm	
Décentration Pupille	N.C.	N.C.
Diamètre Pupille Moyen	N.C.	
Puissance Moyenne de la Pupille	4.5mm: 43.54 D / 3mm: 43.67 D	

Détection du Kératocône

AK	AGC	SI	Kpi
44.60 D	0.90 D/mm	0.29 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

AK	AGC	SI	Kpi
44.78 D	1.04 D/mm	0.82 D	0%
Topographie non compatible avec un kératocône			
A	D	Ro - Teta	Rnd

Indices de Kérato-Réfraction

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 1.04 D	SAI = 0.60 D	e = 0.47	43.69 D

SD	SAI	Asph.	Kc
SD = 0.79 D	SAI = 0.42 D	e = 0.52	43.87 D

Annotations

Patient: **DEMBADIANG Fatoumata Fadera**

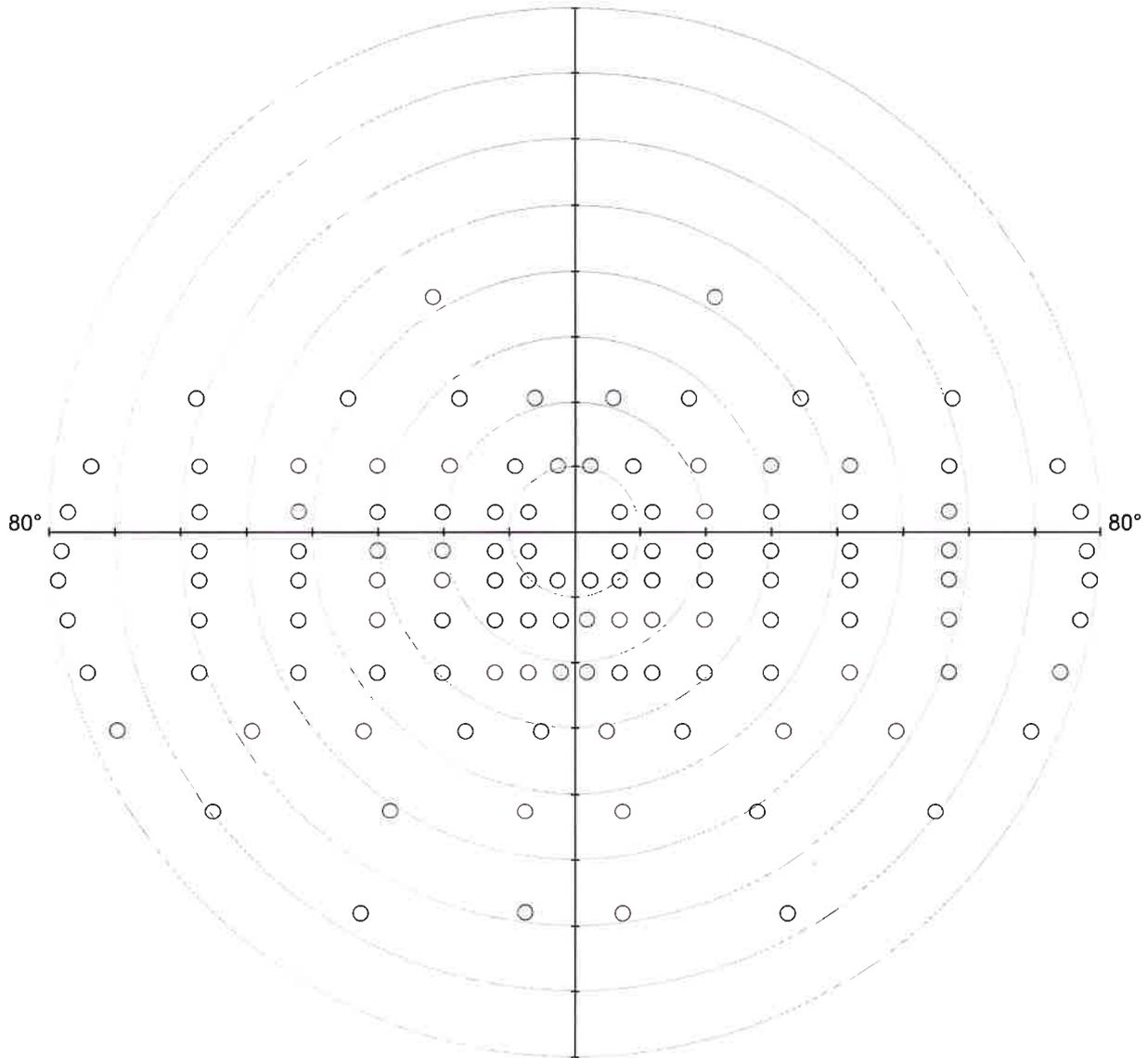
Date de naissance: (**DEMBADIANG**
FATOUMATA FADERA
Sexe: **féminin** Né(e) le : 01/09/1999 **19869**
Identifiant du patient: **THUES**

Haag-Streit Diagnostics AG

OU Valeur supraliminaire HFA

ET - Esterman

Contrôle de fixation:	Arrêt	Stimulus:	B/B, III, Blanc	Date:	11/02/2022
Cible de fixation:	Croix	Fond:	31.4 asb	Heure:	08:16
Pertes de fixation:	n/a	Stratégie:	1LT-ET	Âge:	22
Erreurs faux POS:	0/5	Diamètre de la pupille:	Non mesuré		
Erreurs faux NÉG:	0/5	Acuité visuelle:			
Durée du test:	03:21	Rx:			



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

Commentaires

Signature



Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

DEMBADIANG
FATOUMATA FADERA

dates à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :

Né(e) le : 01/09/1999 19869

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

THIES

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

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

commentaires:

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

commentaires:

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

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

présentation générale / contact adapté oui non

symptômes cognitifs? oui non

symptômes psychotiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC? 23.20

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
aNie	<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?:

Paroisse RAS

expérience aéronautique (heures de vol)? 5

autre / commentaires :

Nom, date et signature du médecin examinateur

Conclusion: - absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...

- ou bien: - renvoi au pôle
- bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)
- CAT à discuter en staff.
- autre:

Nom :
date:
Signature: **Dr P. CORREA**
Medecin
CEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dériv

Masculin

ID patient: 12

N° de salle :

Département :

FC : 71bpm
P : 86ms
FP : 138ms
QRS : 84ms
QT/QTc : 381/416ms
P/QRS/T : 44/10/10deg.
RV5/SV1 : 0.843/1.043mV

ambul.ID :

Nom infos diagn.:

Arythmie de sinus

Dr. P. CORREA

DEMBADIANG

FATOUMATATA FADERA

Né(e) le : 01/09/1999 19869

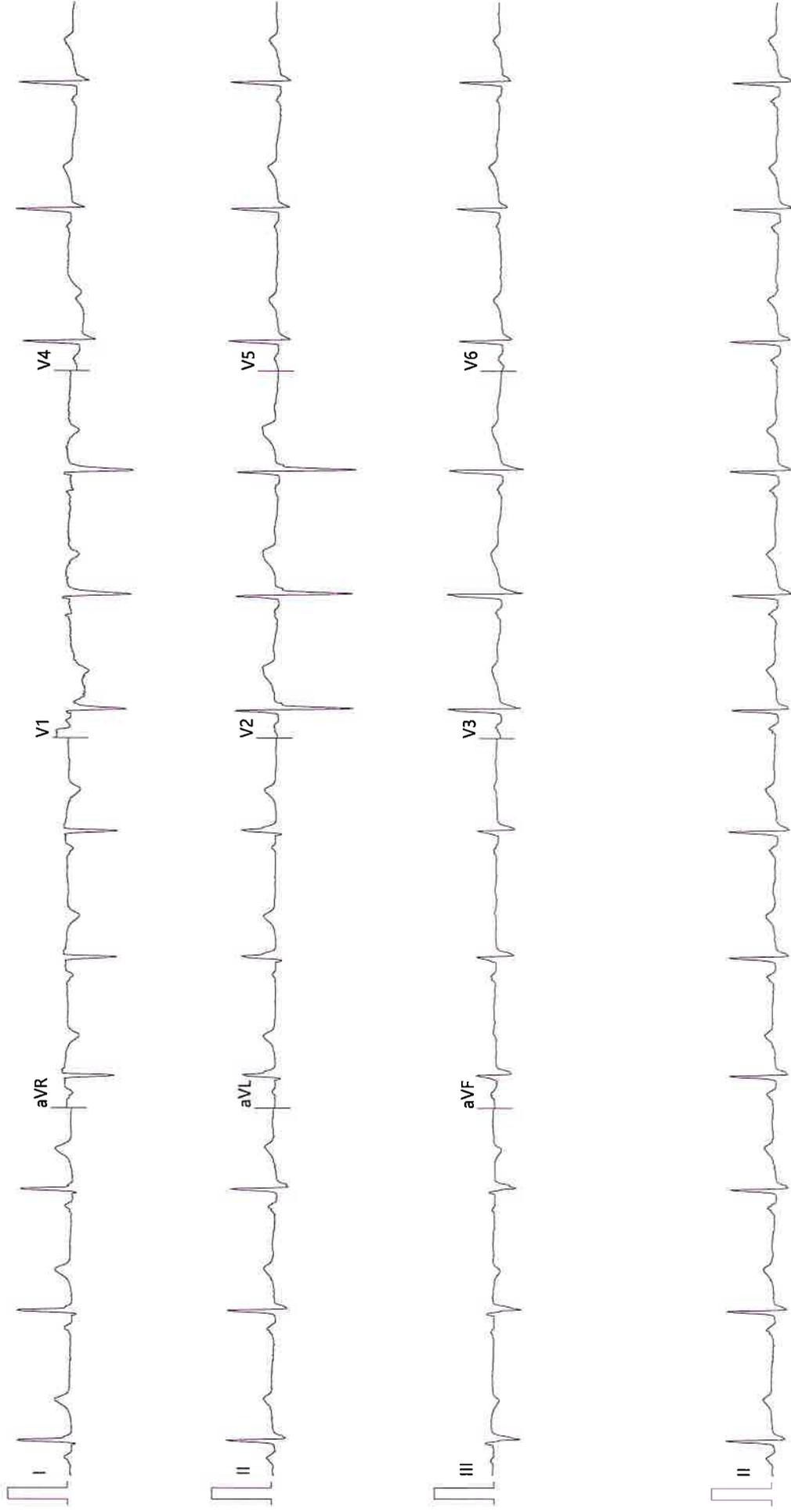
THIES

Medecin

CEMA Toulouse

Rapp. confirmé par:
10mm/mV

25mm/s





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 : Mme DEMBADIANG FATOUMATA FADERA
Né(e) le 01.09.1999

Dossier N° 0120420015 - 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	3,6	G/L	N: 4,0 à 11,0
Globules Rouges	4,33	T/L	N: 3,20 à 5,40
Hémoglobine	12,8	g/dL	N: 12,0 à 16,0
Hématocrite	39,1	%	N: 37,0 à 50,0
Volume Globulaire Moyen	90,3	fL	N: 79,0 à 97,0
Taux Globulaire Moyen en Hb	29,6	pg	N: 27,0 à 32,0
Conc Glob Moyenne en Hb	32,7	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	40,1 % soit	1,44	G/L N: 1,50 à 7,50
Eosinophiles	1,5 % soit	0,05	G/L N: 0,00 à 0,60
Basophiles	1,3 % soit	0,05	G/L N: 0,00 à 0,20
LYMPHOCYTES	45,8 % soit	1,65	G/L N: 1,10 à 4,40
MONOCYTES	11,3 % soit	0,41	G/L N: 0,20 à 0,80

Anomalies des Globules blancs :
Neutropénie

PLAQUETTES	395,0	G/L	N: 150,0 à 400,0
(Principe Coulter, Beckman DXH-800)			
Volume plaquettaire moyen	7,6	fL	N: 7,5 à 11,2

Compte-rendu d'examens biologiques de:**Mme DEMBADIANG FATOUMATA FADERA**

Né(e) le 01.09.1999

Dossier N° 0120420015-00 du 11.02.2022 à 11:26

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*0,86 g/l
soit 4,77 mmol/l

N: 0,70 - 1,10

N: 3,89 - 6,12

*Remarque : chez une femme enceinte, une glycémie supérieure ou égale à 0,92 g/l au 1er trimestre évoque un diabète gestationnel.***CREATININE***(Méthode enzymatique, Cobas)*73 µmol/l
soit 8 mg/l

N: 45 - 84

N: 5 - 9

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **98** ml/min/1.73m² > 60DFG origine subsaharienne et afro-américaine **113** ml/min/1.73m² > 60

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)*32 mg/l
soit 190,4 µmol/l

N: 24 - 57

N: 142,8 - 339,2

*Remarque : l'objectif thérapeutique chez un patient goutteux est un taux d'acide urique inférieur à 60 mg/l.***TRIGLYCERIDES***(Colorimétrie enzymatique)*0,36 g/l
soit 0,41 mmol/l

N: Inf. à 1,98

N: Inf. à 2,26

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*1,96 g/l
soit 5,07 mmol/l

N: 1,00 - 2,20

N: 2,59 - 5,70

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

17 U/l

N: 10 - 35

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

8 U/l

N: 10 - 35

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

12 U/l

N: 5 - 36

Compte-rendu d'examens biologiques de :
Mme DEMBADIANG FATOUMATA FADERA
Dossier N° 012042001500 du 11.02.2022 à 11:26
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 01.09.1999
Chambre :
transmis par CEMPN - CEMA

ACCREDITATION DU LABORATOIRE

"Le laboratoire des Cèdres est accrédité, selon les exigences de la norme NF EN ISO 15189, pour tous les examens de Biologie médicale (telles que définies dans le Code de santé publique) réalisés et indiqués dans le présent Compte-rendu. Accréditation Cofrac examens Médicaux, n°8-1625, liste des sites accrédités et portées disponibles sur 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

Centre d'Expertise de Médecine Aéronautique de Toulouse Blagnac

Aéroport de Toulouse Blagnac-Bat 5-Hall B-3^{ème} étage-BP 60030-31701 BLAGNAC CEDEX

Tél : 33(0)5 61 71 06 71/ fax : 33(0)5 61 71 06 72.

www.cempn.fr/contact@cempn.fr

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 ~~M~~/Mme (nom, prénom)

DEMBAIANG Fatomata Fadina

Né(e) le 01.09.1999

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 02.2022

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

- L'annexe IV PART-MED du règlement (UE) N° 1178/2011 de la Commission du 3 Novembre 2011.
renvoi au pôle médical de la DSAC
- 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.

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

Fait à Toulouse

Le 11.02.2022

Signature et cachet


P. JOURDAN
Médecin chef
Fra - AeMC - 05

COMPTE-RENDU D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Nom usuel	DEMBADIANG	Date de naissance	01 / 09 / 1999
Prénom	Fatoumata Fadera	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F

ANTÉCÉDENT D'INTERVENTION OPHTALMOLOGIQUE : RAS

Date : _____ Type : _____ Réfraction antérieure : _____

ŒIL DROIT

Acuité visuelle à 5 mètres
 sans correction : 6 / 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) : +1 - 2 à 170°

Puissance réfractive sous cycloplégie :
 +1,50 - 2,50 à 0°

Port de lentilles : oui non

Réfraction stable : oui non

Tonus : _____

Biomicroscopie :

1) Segment intérieur : Non

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

- État de la papille : normal

- État du pôle postérieur : normal

- État de la périphérie rétinienne : RAS

ŒIL GAUCHE

Acuité visuelle à 5 mètres
 sans correction : 4 / 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) : +1 - 2 à 4°

Puissance réfractive sous cycloplégie :
 +1,75 - 2,50 à 0°

Port de lentilles : oui non

Réfraction stable : oui non

Tonus : _____

Biomicroscopie :

1) Segment intérieur : Non

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

- État de la papille : normal

- État du pôle postérieur : normal

- État de la périphérie rétinienne : RAS

Acuité visuelle binoculaire à 5 mètres : sans correction : 8 / 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 : 6 cm 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