

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence :		(13) N° référence:	
FRANCE			
(3) Nom : BA		(4) Nom de naissance BA	
(5) Prénom(s) : SERIGNE CHEIKH		(6) Date de naissance 19/02/1993 (JJ/MM/AAAA)	(7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
(8) Lieu et pays de naissance : MBACKE / SENEGAL		(9) Nationalité :	
(10) Adresse permanente : Pays : SENÉGAL N° de téléphone : 777699116 Courriel : scheikh30@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
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu: Détails :		(25) Type de vol envisagé :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi :	

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

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

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 crânien 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 foins	<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 :

(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 À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et de ses annexes, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME; ainsi qu'aux professionnels de santé pertinents dans le but d'obtenir une évaluation aéro-médicale ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.

NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES 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 mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MHD.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date :

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SNTM
DGAC N°3857 - FAA-00773

Ref. document : FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL - Page 1 sur 1 - Date : 2019/02/07 - 03.09.2019

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL
 (Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)
POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : BA		Prénoms : SERIGNE CHEIKH		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 19/02/1993			
(201) Catégorie d'examen		(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos
<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial		186 cm	75 kg	Noir	Noir	131	75
					Systolique	Diastolique	Pulsations (bpm)
							Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

EP. Cadet. A/n Seydou. 30 ans. Cécile la veuf.

*Tabez = 0.
Acl = 0
11 = 0.*

Spout = quelques

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à (5m/6m en dixième))		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

(231) de près sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>			

(232) Lunettes **(233) Lentilles de contact**

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :			
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			
Œil gauche			

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type I SHIHARA	<input checked="" type="checkbox"/>
Nombre de tables présentées	<input checked="" type="checkbox"/>	Nombre d'erreurs <input checked="" type="checkbox"/>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <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 %	Peak Flow (l/min)	<input checked="" type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/>

(248) Commentaires, limitations :

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

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

Reports annexés	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	12-06-23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(320) Tonométrie G.: D: mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(244) Divers(Sujet):			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(247 bis) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis :	Nom : <i>Apk</i>
	Signature : <i>[Signature]</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe:
<input type="checkbox"/> certificat médical délivré par le soussigné (copie jointe) pour la classe:
<input checked="" type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> 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

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

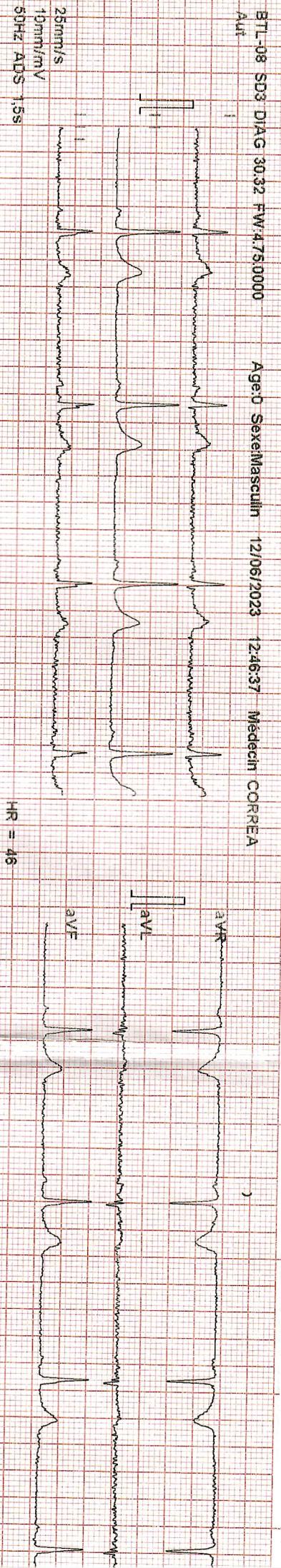
Je soussigne certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

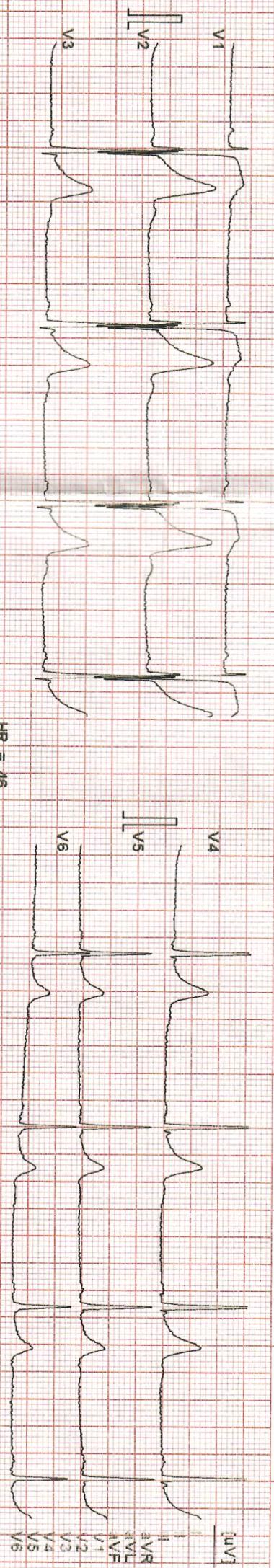
(250) date : **12-06-23** Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: **Dr Patrick CORREA**

et lieu: **3, AV. des Ambassades DAKAR SENEGAL** Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: **SN-MED 004**

Fax: **DGAC N°3857 - FAA-00773** Numéro d'AME: **Réf Rapport examen médical 03.09.2019**

STL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000 Age:0 Sex:Masculin 12/06/2023 12:46:37 Medecin CORREA
Aut





P	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	ST ⁿ	SF	47 1/min
								[mVs]	RR	RR	127 ms
9	-	526	-76	-	-	322	-	31	24	P	124 ms
3	-	1179	-	-	-	506	-	61	342	QRS	98 ms
3	-	607	-	-	-	209	-	26	144 ms	DQ	144 ms
-60	-398	-	-	-	-	-	-408	-55	QT	410 ms	
3	-	45	-203	-	-	3	-	QTc	363 ms	QTc	363 ms
3	-	90	-	-	-	343	-	axis P	29°	ECG NORMAL	ECG NORMAL
-	-	373	-2394	-	-	175	-	axis QRS	67°	BRADYCARDIE SINUSALLE	BRADYCARDIE SINUSALLE
-	-	675	-799	-	-	256	-	axis T	44°	ELARGISSEMENT ONDE P	ELARGISSEMENT ONDE P
2	-58	-130	-	-	-	859	-	axis QRS	44°	HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE-QUES AMPLIFCR	HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE-QUES AMPLIFCR
1357	-	-	-	-	-	752	-	axis T	44°	ECG NORMAL	ECG NORMAL
-	-	-	-	-	-	463	-	axis QRS	44°	BRADYCARDIE SINUSALLE	BRADYCARDIE SINUSALLE
-	-	-	-	-	-	375	-	axis T	44°	ELARGISSEMENT ONDE P	ELARGISSEMENT ONDE P

Beugne C. BA

19-06-202