

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

| (1) Pays de délivrance de licence : FRANCE | (13) N° référence : | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------|-------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (3) Nom : DIAKHATE | (4) Nom de naissance DIAKHATE | (12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation | | | | | | | | | | | | | |
| (5) Prénom(s) : PAPE RAOUL | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 12/09/1999 | (7) Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | (14) Type de licence désirée : ATPL | | | | | | | | | | | | |
| (8) Lieu et pays de naissance : MBOUR; SENEGAL | (9) Nationalité : SENEGALAISE | (15) Profession (principale) : ETUDIANT | | | | | | | | | | | | | |
| (10) Adresse permanente : SANTHIE, MBOUR | (11) Adresse postale : (si différente) NIL | (16) Employeur : AIR SENEGAL SA | | | | | | | | | | | | | |
| Pays : SENEGAL N° de téléphone : +221772132991 Courriel : PAPERAOULDIKHA@GMAIL.COM | | (17) Dernier examen médical : Date : Lieu : | | | | | | | | | | | | | |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | | | types | Numéro de licence | Pays de délivrance | | | | | | | | | |
| 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 : | | (21) Nombre total d'heures de vol : 0 | | | | | | | | | | | | | |
| (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 : | | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 0 | | | | | | | | | | | | | |
| (27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités | | (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : | | | | | | | | | | | | | |
| (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 : | | (25) Type de vol envisagé : | | | | | | | | | | | | | |
| (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi : | | | | | | | | | | | | | | | |

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?
 A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

| | | Oui | Non | | | Oui | Non | | | Oui | Non | | | Oui | Non |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-----|---|--------------------------|-------------------------------------|-----|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----|-----|
| (101) Maladie ou opération oculaire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (123) Paludisme, autre maladie tropicale | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antécédents familiaux | | | | |
| (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (113) Traumatismes crâniens ou commotion | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (124) Test VIH positif | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (170) Affection cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (114) Maux de tête fréquents ou graves | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (125) Maladie sexuellement transmissible | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (171) Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (104) Allergie ou rhume des foies | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (115) Accès de vertige/évanouissement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (172) Taux élevé de cholestérol | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (105) Asthme ou maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (116) Perte de conscience quel que soit le motif | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (127) Maladie musculaire ou squelettique | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (173) Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (106) Maladie du cœur ou des vaisseaux | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc... | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (128) Toute autre maladie ou blessure | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (174) Maladie mentale/suicide | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (107) Tension artérielle élevée ou basse | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (129) Hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (175) Diabète | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (108) Calcul rénal ou sang dans les urines | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (176) Tuberculose | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (109) Diabète ou désordre hormonal | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (120) Tentative de suicide ou automutilation | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (131) Assurance vie refusée pour motif médical | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (177) Allergie/asthme/eczéma | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (121) Mal des transports nécessitant médication | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (132) Refus de licence de vol pour motif médical | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | (178) Maladie héréditaire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| (111) Surdité ou maladie des oreilles | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | (133) Exempt  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 type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| (151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |

(30) Remarques :
 123: paludisme dans l'enfance

(31) Déclaration : Le soussigné, déclare avoir répondu de façon véridique aux questions qui lui ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir communiqué de troubles de santé ou de toute autre chose qui l'a signalé. Le commandant en chef de l'aéroclub ou l'autorité de licence ne peut être tenu responsable de la délivrance d'un certificat médical sans avoir été avisé de la délivrance de ce certificat médical. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ces données à des tiers dans le respect de la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE DIVULGATION DE DONNÉES PERSONNELLES : Je déclare par le présent que j'ai autorisé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical soient traitées par l'ASAC MED (30) peuvent être stockées électroniquement et mises à disposition de mon AMI afin de fournir les données historiques requises dans le MED V95 (19) ou l'avis aux pilotes/associés médicaux des réseaux compétents des États membres afin de faciliter l'application de l'ARJ MED (5) et (4).

Date : 18/04/2022

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :
Dr. P. CORREA
 Medecin /

CEMA Toulouse



DIAKHATE

PAPE RAOUL

Né(e) le : 12/09/1999 30315

SENEGAL

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

au formulaire pour demande de certificat médical)

AGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

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

(201) Catégorie d'examen (202) Taille (203) Poids (204) Yeux couleur (205) Cheveux couleur (206) Tension artérielle (207) Pouls au repos

Table with 4 columns: Examen clinique : Cochez chaque item, normal, anormal, normal, anormal. Rows include (208) Tête, face, cou, cuir chevelu, (209) Cavité buccale, gorge, dents, etc.

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire. Credit An Senegal. Etudiant Athlétique de 22ans. Tabac=0, Alcool=0, etc.

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

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

(231) de près sans correction avec correction

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Audiométrie éventuelle

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose Protéines Sang Autres

Table with 4 columns: Rappports annexés, Non réalisé, Date, normal, anormal. Rows include (238) ECG, (239) Audiogramme, (240) Examen Ophtalmologique, etc.

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

Avis : Apté Nom : Dr P. CORREA Medecin

(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:

Renvol/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

Champ d'application du certificat CLASSE 1 CLASSE 2 LAPL PNC/CCA

(248) Commentaires, limitations : Apté classe 1 -> 20/04/2023

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

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

(250) date et lieu: 20/04/2022 Toulouse Toulon Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé: Dr Jy. LAFAILLE Medecin chef. E-mail: Fra - AeMC - 05 Cachel du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature: Dr Jy. LAFAILLE

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 DIAKHATE PAPE RAOUL | (4) Nom de naissance: | (12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation |
| (5) Prénom Né(e) le : 12/09/1999 30315 SENEGAL | (6) Date de naissance: | (7) Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin |
| (13) Numéro de référence | | |

(401) Consentement à l'envoi des données médicales:
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: 20-04-2019 Signature du demandeur:  Signature du médecin examinateur (AME): **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: |
|---|------------------------|

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, lymphes | <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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

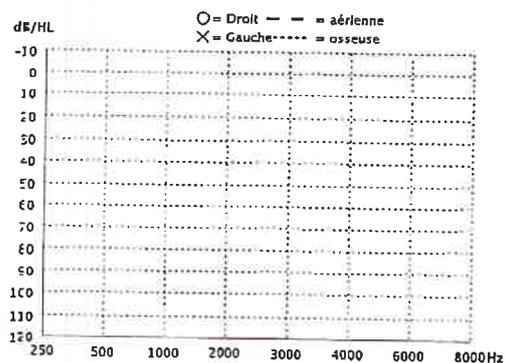
Tests supplémentaires

| (si indiqués) | Non effectué | Normal | Anormal |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| (414) Audiométrie vocale | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (415) Rhinoscopie postérieure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (416) ENG; nystagmus spontané et positionnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (417) Epreuve calorique différentielle - Epreuve 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"/> |

(-19) Audiométrie tonale

| Hz | db HL (seuil d'audition) | | | |
|------|--------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | Conduction aérienne | | Conduction osseuse | |
| | Oreille droite | Oreille gauche | Oreille droite | Oreille gauche |
| 250 | 20 | 20 | | |
| 500 | 20 | 20 | | |
| 1000 | 20 | 20 | | |
| 2000 | 20 | 20 | | |
| 3000 | 20 | 20 | | |
| 4000 | 20 | 20 | | |
| 6000 | 20 | 20 | | |
| 8000 | 20 | 20 | | |

(-20) Audiogramme



(421) Remarques et recommandations ORL:

*tempore D petit
avis ORL OK dans l'opé. Niche
Apte ORL.*

(422) Déclaration du médecin examinateur:

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

| | | |
|--|---|--|
| (423) Lieu et date: <u>20-04-2019</u> | Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules): | Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste: |
| Signature du médecin examinateur agréé: Dr. P. CORREA Medecin | E-mail: Telephone No: Fax No: | Proposition d'aptitude du médecin ORL: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte |

CEMA Toulouse

Cabinet d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale

Clinique de la Croix du Sud 52bis Chemin de Ribaute 31130 Quint-Fonsegrives

TÉL : 05 32 02 71 80 FAX:05 32 02 71 82

E-MAIL : ozennaro@capio.fr

DOCTEUR OLIVIER ZENNARO

ANCIEN INTERNE ET ANCIEN CHEF DE CLINIQUE ASSISTANT DES
HÔPITAUX DE BORDEAUX

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE DE LA SURDITÉ
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE DE LA FACE
MEDECINE SUB-AQUATIQUE ET HYPERBARE
31 1 09068 2

Toulouse le, 20/04/2022

DR LAFAILLE Jean Yves



Cher Confrère,

J'ai donc vu en consultation à votre demande votre patient **Monsieur DIAKHATE PAPE RAOUL**.

Ses tympans sont normaux.

En tympanométrie il existe un pic centré même s'il est de faible amplitude. Il est donc considéré comme normal.

Je tenais à vous tenir informé.

Bien confraternellement.

Docteur Olivier ZENNARO

Lettre dictée et non relue.



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

RemC U.E.F. 05
CEMA TB

Opérateur: DIAKHATE

Patient: lape laoul

N du Patient: 11

Date: 20-Avr-2022

Heure 10:26

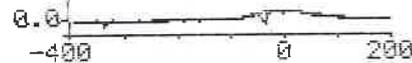
Temp.: FTE-I Gauche

UCA1: 1.06 ml 3.0 ml
UCA2: ---- ml
POM1: -10 daP
POM2: ---- daP 2.0
POMd: ---- daP
Vitesse 400 dP/S 1.0
Dir.: Nés.



Temp.: FTE-I Droite

UCA1: 0.84 ml 3.0 ml
UCA2: 0.80 ml
POM1: -15 daP
POM2: -20 daP 2.0
POMd: 5 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 us: DIAKHATE PAPE RAOUL Né(e) le : 12/09/1999 30315 | (4) Nom de naissance: | (12) Genre sollicité: <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation |
| (5) Prénom: SENEGAL | (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: **20-04-22** Signature du demandeur: *[Signature]*

Signature du médecin examinateur (AME):

Dr P. CORREA
Médecin

Dr Françoise CLERGUÉ
Ophtalmologiste
N° 311057186
CEMA TB - 05

CEMA Toulouse

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

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 | 7 cm | <input checked="" type="checkbox"/> |
| (311) Accommodation | D | <input type="checkbox"/> |

Acuité visuelle le:

(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 | /10 | Corrigé à /10 | /10 |
| Œil gauche | /10 | Corrigé à /10 | /10 |
| Vision Binoculaire | /10 | Corrigé à /10 | /10 |

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

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

(317) Réfraction

| | Sph | Cylindrique | Axe | Addition |
|------------|-------|-------------|-----|----------|
| Œil droit | -1.00 | -0.50 | 180 | |
| Œil gauche | -1.25 | -0.25 | 25 | |

Prescription optique basée sur la réfraction objective:

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

| À la distance de 5/6 mètres | | De près à 30-50 cm | |
|---|--|--------------------|--|
| Ortho | 0 | Ortho | 0 |
| Eso | | Eso | |
| Exo | | Exo | |
| Hyper | | Hyper | |
| Cyclo | | Cyclo | |
| Tropie | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non | Phorie | <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non |
| Épreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectué <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | | | |

(313) Perception des couleurs

Type: ISHIHARA (24 planches)
nombre de planches présentés: **24** Nombre d'erreurs: **0**

Test approfondi de perception de couleurs indiqué Oui Non

Méthode: Normal Anormal
Lanterne de Beyne Anomaloscope

Normal Anormal

(318) Lunettes (319) Lentilles de contact

Oui Non Type: Oui Non

(320) Tension intra-oculaire

Droit **15** mmHg Gauche **15** mmHg

Méthode: **ac**
 Normal Anormal

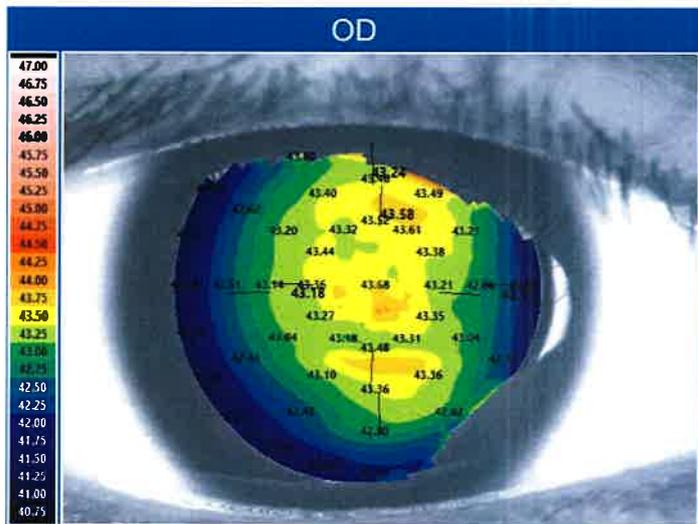
(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(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.

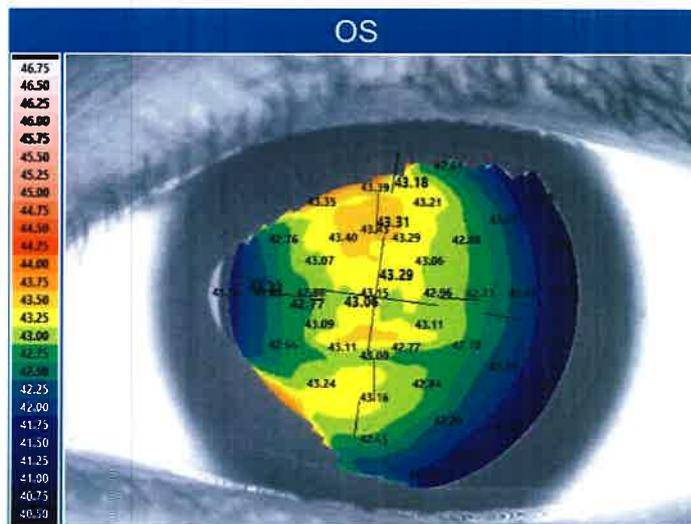
| | | |
|---|---|--|
| (323) Lieu et date: 20.4.22 | Nom et adresse de l'examineur: (en majuscules): Dr Françoise CLERGUÉ Ophtalmologiste N° 311057186 CEMA TB - 05 | N° d'AME ou de spécialiste: |
| Signature du médecin examinateur agréé: <i>[Signature]</i> | E-mail: Telephone No: Fax No: | Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste: <input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte |

Information Patient

| | | | |
|-------------------|---------------------|---------------|---------------------|
| Patient | diakhate pape raoul | Sexe | M |
| Patient ID | 30315 | Date d'Examen | 20/04/2022 07:50:55 |
| Date de Naissance | 12/09/1999 | | |

MAPPE


D Normalisée - Axiale



D Normalisée - Axiale

Méridiens

| 3 mm | 5 mm | 7 mm |
|-----------|---------------|-------------|
| Sphérique | 43.18 @ 177° | 42.67 @ 2° |
| AVE 43.45 | 43.58 @ 87° | 43.24 @ 92° |
| | -0.40D ax177° | -0.57D ax2° |

| 3 mm | 5 mm | 7 mm |
|---------------|---------------|---------------|
| 43.06 @ 172° | 42.77 @ 179° | 42.22 @ 171° |
| 43.29 @ 82° | 43.31 @ 89° | 43.18 @ 81° |
| -0.23D ax172° | -0.53D ax179° | -0.96D ax171° |

Données Cornée

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------|
| Décentration Cornée | X= -0.61 mm | Y= -0.09 mm |
| Diamètre | 11.56 mm | |
| Décentration Pupille | H= 0.14 mm | V= 0.12 mm |
| Diamètre Pupille Moyen | 3.03 mm | |
| Puissance Moyenne de la Pupille | 4.5mm: 43.47 D / 3mm: 43.51 D | |

| | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------|
| Décentration Cornée | X= 0.52 mm | Y= -0.14 mm |
| Diamètre | 11.55 mm | |
| Décentration Pupille | N.C. | N.C. |
| Diamètre Pupille Moyen | N.C. | |
| Puissance Moyenne de la Pupille | 4.5mm: 43.14 D / 3mm: 43.19 D | |

Détection du Kératocône

| AK | AGC | SI | Kpi |
|---|-----------|-----------|-----|
| 44.11 D | 0.52 D/mm | -0.29 D | 0% |
| Topographie non compatible avec un kératocône | | | |
| A | D | Ro - Teta | Rnd |
| | | | |

| AK | AGC | SI | Kpi |
|---|-----------|-----------|-----|
| 43.67 D | 0.52 D/mm | -0.33 D | 0% |
| Topographie non compatible avec un kératocône | | | |
| A | D | Ro - Teta | Rnd |
| | | | |

Indices de Kérato-Réfraction

| SD | SAI | Asph. | Kc |
|-------------|--------------|----------|---------|
| SD = 0.46 D | SAI = 0.08 D | e = 0.42 | 43.58 D |

| SD | SAI | Asph. | Kc |
|-------------|--------------|----------|---------|
| SD = 0.42 D | SAI = 0.11 D | e = 0.52 | 43.16 D |

Annotations

| |
|--|
| |
|--|

Patient: **diakhate, pape raoul**

Date de naissance: **12/09/1999**

Sexe: **masculin**

Identifiant du patient: **30315**

Haag-Streit Diagnostics AG

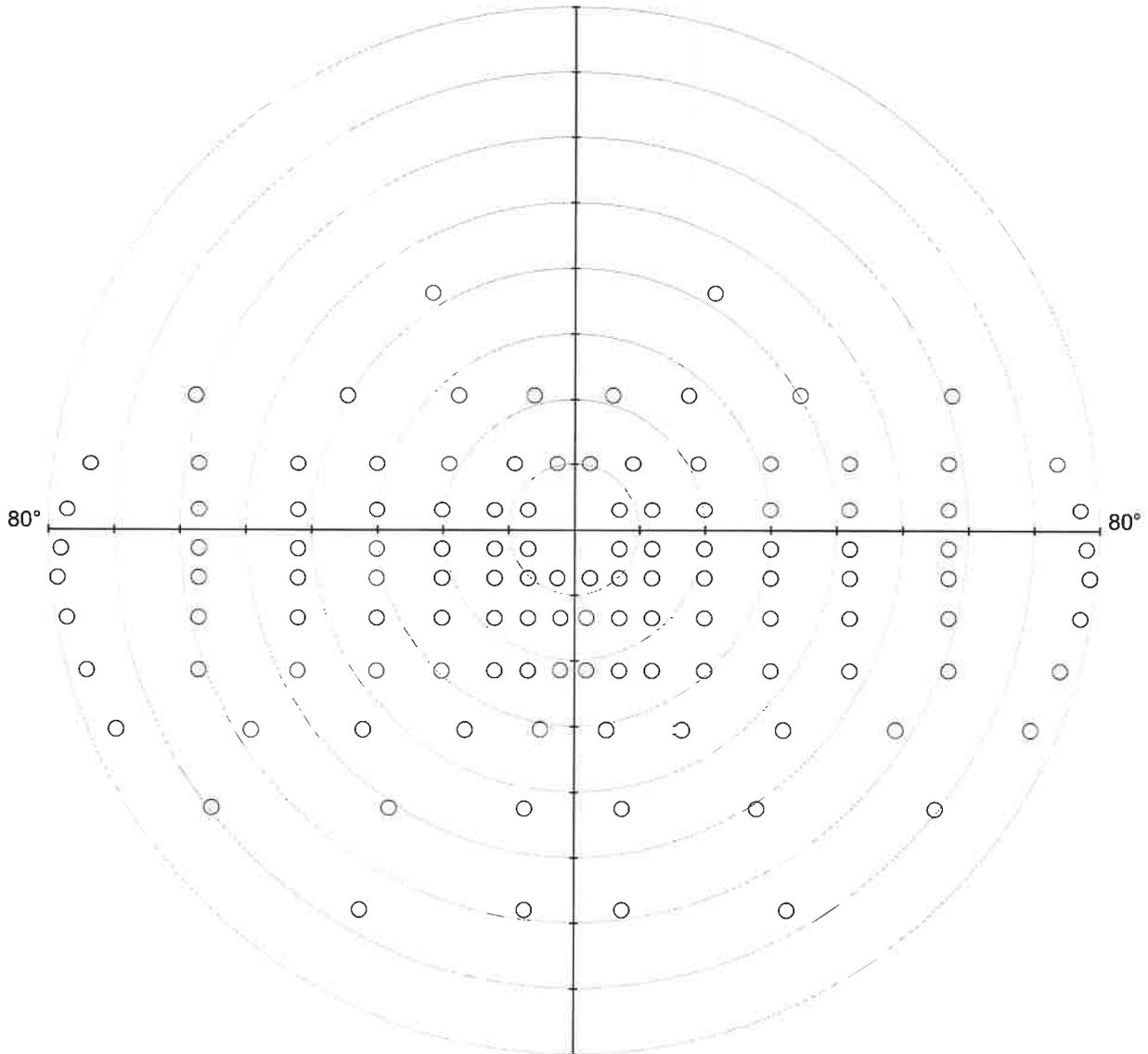
OU Valeur supraliminaire HFA

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: **03:22**

Stimulus: **B/B, III, Blanc**
Fond: **31.4 asb**
Stratégie: **1LT-ET**
Diamètre de la pupille: **Non mesuré**
Acuité visuelle:
Rx:

Date: **20/04/2022**
Heure: **07:25**
Âge: **22**



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

Commentaires

Signature



DIAKHATE
PAPE RAOUL
 Né(e) le : 12/09/1999
 SENEGAL

de l'examen de la santé mentale

ats à l'admission CL1 en AeMC

- SECRET MEDICAL

NOM :
 Prénoms :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):
 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 psychologiques? oui non

troubles de l'humeur? oui non

troubles anxieux? oui non

trouble des conduites? oui non

troubles des conduites alimentaires: oui non IMC? 20,30

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

Passion, rêve expt. projet Pilote Professionnel.

expérience aéronautique (heures de vol)?

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: 20-04-22
 Signature: *Dr. P. CORREA*
 Medecin
 SEMA Toulouse

Rapport ECG 12 dér

Masculin

ID patient: 5

N° de salle :

Département :

FC : 76bpm
P : 89ms
FP : 134ms
QRS : 82ms
QT/QTc : 345/390ms
P/QRS/T : 75/88/65deg.
RV5/SV1 : 1.687/1.151mV

Nom infos diagn.:

Arythmie de sinus


Dr. P. CORREA

Medecin /

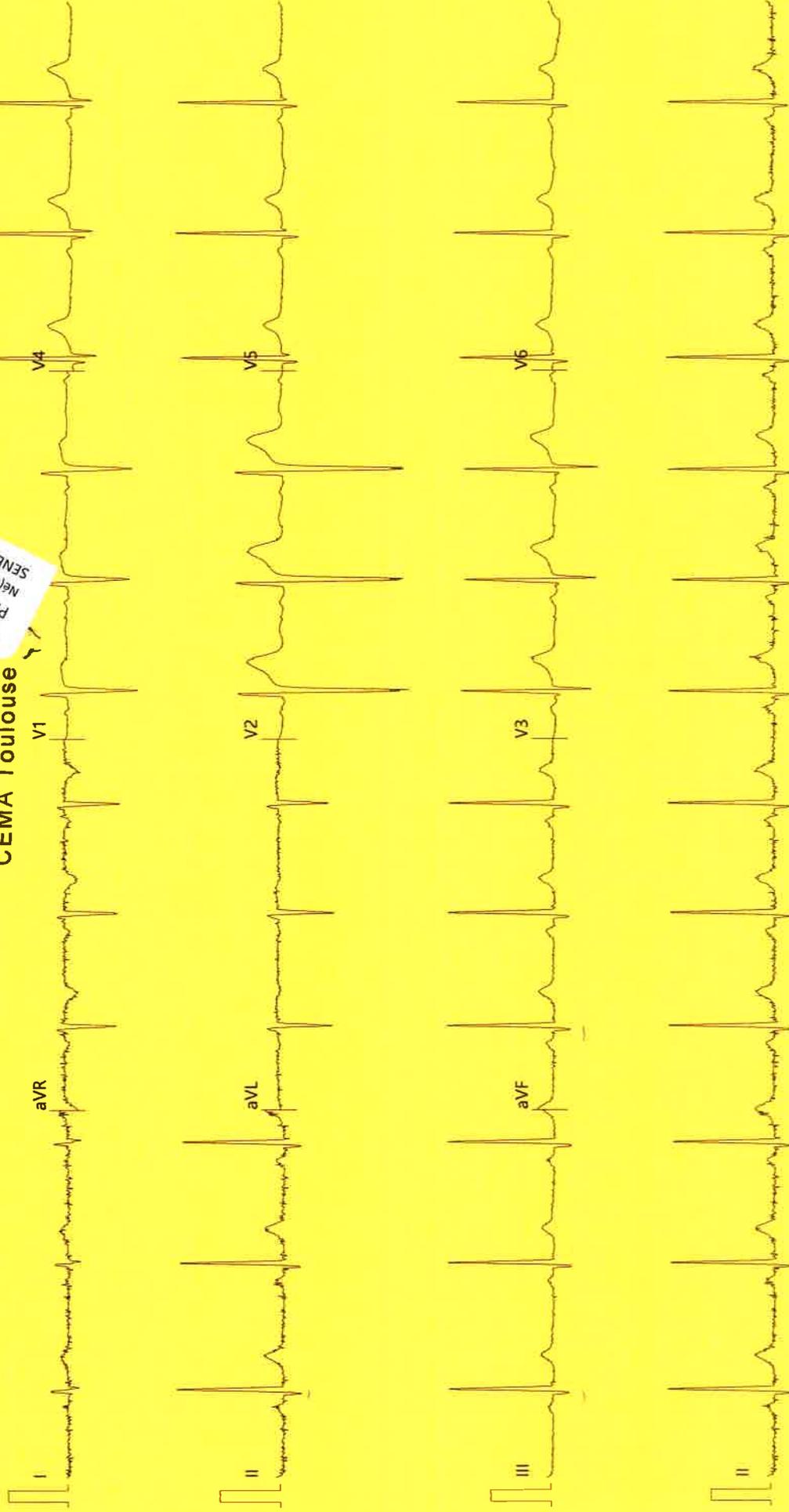
CEMA Toulouse

DIAKHATE
PAPÉ RAOUL
Né(e) le : 12/09/1999
SENEGAL
30315

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 : M. DIAKHATE PAPE RAOUL

Né(e) le 12.09.1999

Dossier N° 0121100011 - 00 reçu le 19.04.2022 à 13:30

Prélevé le 20.04.2022 à 08:00

Edité le 20.04.2022 à 09:54

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 | 4,9 | G/L | N: 4,0 à 11,0 |
| Globules Rouges | 5,06 | T/L | N: 4,60 à 6,20 |
| Hémoglobine | 14,4 | g/dL | N: 13,0 à 18,0 |
| Hématocrite | 44,9 | % | N: 37,0 à 50,0 |
| Volume Globulaire Moyen | 88,8 | fL | N: 79,0 à 97,0 |
| Taux Globulaire Moyen en Hb | 28,5 | pg | N: 27,0 à 32,0 |
| Conc Glob Moyenne en Hb | 32,0 | g/dL | N: 31,0 à 36,0 |
| Indice distribution GR | 13,4 | % | N: 12,3 à 17,0 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

(DXH-800, Cytométrie de flux)

POLYNUCLEAIRES

| | | | | |
|--------------|-------------|------|-----|----------------|
| Neutrophiles | 36,7 % soit | 1,80 | G/L | N: 1,50 à 7,50 |
| Eosinophiles | 3,1 % soit | 0,15 | G/L | N: 0,00 à 0,60 |
| Basophiles | 0,5 % soit | 0,02 | G/L | N: 0,00 à 0,20 |
| LYMPHOCYTES | 48,4 % soit | 2,37 | G/L | N: 1,10 à 4,40 |
| MONOCYTES | 11,3 % soit | 0,55 | G/L | N: 0,20 à 0,80 |

PLAQUETTES

(Principe Coulter, Beckman DXH-800)

| | | | |
|---------------------------|-------|-----|------------------|
| Volume plaquettaire moyen | 298,0 | G/L | N: 150,0 à 400,0 |
| | 8,6 | fL | N: 7,5 à 11,2 |

Compte-rendu d'examens biologiques de:**M. DIAKHATE PAPE RAOUL**

Né(e) le 12.09.1999

Dossier N° 0121100011-00 du 20.04.2022 à 13:30

prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

transmis par CEMPN - CEMA

BIOCHIMIE (sang)

Intervalle de référence

Antécédents

GLYCEMIE*(Colorimétrie, cobas)*

| | | | |
|------|------|--------|----------------|
| | 0,94 | g/l | N: 0,70 - 1,10 |
| soit | 5,21 | mmol/l | N: 3,89 - 6,12 |

CREATININE*(Méthode enzymatique, Cobas)*

| | | | |
|------|----|--------|-------------|
| | 82 | μmol/l | N: 59 - 104 |
| soit | 9 | mg/l | N: 7 - 12 |

ESTIMATION DU DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE (selon équation CKD-EPI)DFG origine caucasienne **117** ml/min/1,73m²DFG origine afrique subsaharienne et afro-américaine **135** 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)*

| | | | |
|------|-------|--------|------------------|
| | 43 | mg/l | N: 34 - 70 |
| soit | 255,9 | 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)*

| | | | |
|------|------|--------|----------------|
| | 0,57 | g/l | N: Inf. à 1,98 |
| soit | 0,64 | mmol/l | N: Inf. à 2,26 |

CHOLESTEROL TOTAL*(Colorimétrie enzymatique, Cobas)*

| | | | |
|------|------|--------|----------------|
| | 1,91 | g/l | N: 1,00 - 2,20 |
| soit | 4,94 | mmol/l | N: 2,59 - 5,70 |

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

| | | | |
|--|----|-----|------------|
| | 18 | U/l | N: 10 - 50 |
|--|----|-----|------------|

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

| | | | |
|--|----|-----|------------|
| | 19 | U/l | N: 10 - 50 |
|--|----|-----|------------|

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

| | | | |
|--|----|-----|-----------|
| | 38 | U/l | N: 8 - 61 |
|--|----|-----|-----------|

Compte-rendu d'examens biologiques de :

M. DIAKHATE PAPE RAOUL

Dossier N° 0121100014 00 du 20.04.2022 à 13:30
prescrit par le Dr JOURDAN PIERRE

Né(e) le 12.09.1999

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 ****

Caroline DEVAUX

Biologiste médical

A l'ORL traitant
Aux bons soins de
Monsieur PAPE RAOUL DIAKHATE

Blagnac, le 20 avril 2022

Mon Cher Confrère,

Je viens d'examiner pour sa visite d'admission PNT, Monsieur PAPE RAOUL DIAKHATE, âgé de 22 ans.

Il présente une tympanométrie plate et une absence de Valsalva visible du côté droit.

Son audiométrie est normale.

Il est nécessaire de réaliser une consultation auprès d'un ORL.

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

Docteur J.Y LAFAILLE
Médecin chef.



A joindre à la licence
Pertaining to a Part-FCL licence

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

LAPL / 2 / I
LAPL / 2 / I
CLASSÉ
CLASSÉ

CERTIFICAT MÉDICAL

Medical certificate

REPUBLICAN AVIATION ADMINISTRATION - FRANCE
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



| | |
|-----|--|
| 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 DIAKHATE PAPE RAOUL |
| XIV | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY) 12/09/1999 - MBOUR |
| VI | Nationalité / Nationality SN (SENEGAL) |
| VII | Signature du titulaire / Signature of holder |

MED.A.020 Decrease in awareness in flight
(a) The pilot shall not fly if he/she is aware of any of the following conditions:
(1) a decrease in awareness in flight;
(2) a decrease in awareness in flight;
(3) a decrease in awareness in flight;
(b) The pilot shall not fly if he/she is aware of any of the following conditions:
(1) a decrease in awareness in flight;
(2) a decrease in awareness in flight;
(3) a decrease in awareness in flight;
(c) The pilot shall not fly if he/she is aware of any of the following conditions:
(1) a decrease in awareness in flight;
(2) a decrease in awareness in flight;
(3) a decrease in awareness in flight;

| | |
|----|---|
| 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) 20 / 04 / 2023 |
| | Classe 1, exploitation commerciale monopilote avec transport de passagers / Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers 20 / 04 / 2023 |
| | Classe 1, autres exploitations commerciales / Class 1 other commercial operations 20 / 04 / 2023 |
| | Classe 2 / Class 2 20 / 04 / 2027 |
| | LAPL / LAPL 20 / 04 / 2027 |



MED.A.020 Decrease in awareness in flight
(a) The pilot shall not fly if he/she is aware of any of the following conditions:
(1) a decrease in awareness in flight;
(2) a decrease in awareness in flight;
(3) a decrease in awareness in flight;
(b) The pilot shall not fly if he/she is aware of any of the following conditions:
(1) a decrease in awareness in flight;
(2) a decrease in awareness in flight;
(3) a decrease in awareness in flight;
(c) The pilot shall not fly if he/she is aware of any of the following conditions:
(1) a decrease in awareness in flight;
(2) a decrease in awareness in flight;
(3) a decrease in awareness in flight;

| | |
|------|--|
| XIII | Limitations / Limitations Code - Description / Code - Description |
| X | Date de délivrance / Date of issue 21 / 04 / 2022 |
| | Signature de l'AME ou de l'évaluateur médical / Signature of issuing AME or medical assessor Dr Jean-Yves LAFAILLE |
| XI | Cachet / Stamp Dr JY. LAFAILLE Médecin chef: Fra - AeMC - 05 |



| | |
|--|---|
| | Date de l'examen médical / Date of medical examination 20 / 04 / 2022 |
| | Date du dernier électrocardiogramme / Date of last electrocardiogram 20/04/2022 |
| | Date du dernier audiogramme / Date of last audiogram 20/04/2022 |