



# RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **KADERGUELI** Prénoms : **AHMED OUMAR** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **22/02/1973**  
Lieu de naissance : **NDJAMENA TCHAD**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>182</b> cm	(203) Poids <b>88</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Nouir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Nouir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>130</b> Diastolique <b>80</b>	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) <b>70</b> Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité buccale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympons, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input 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 checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

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

**Pilote Apecma - ATR.42 - Casma-C680 - 48ans.**  
**Nouir l'oeil.**  
**(220) Cicatrice Laparot = RAS**

Touche = 0  
Aile = 0  
III = 0  
Spaut = manche

**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	<b>08</b>
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	<b>09</b>
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>	Corrigée à	<b>10</b>

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

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

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

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

(232) Lunettes

Oui  Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui  Non

Type : Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A

Nombre de tables présentées **20** Nombre d'erreurs **0**

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) (si 239/241 non réalisés)

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

**Hypoxémie: 93 mg/dl**

(248) Commentaires, limitations : **VM2.**

(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 :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé:	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature:
et lieu:	Fax:	Numéro d'AME:
Telephone:	E-mail:	

(235) Analyse d'urine Normale  Anormale

Glucose <b>0</b>	Protéines <b>0</b>	Sang <b>0</b>	Autres
------------------	--------------------	---------------	--------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>	<b>12-10-21</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>	<b>12-10-21</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>	<b>12-10-21</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>	<b>12-10-21</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>	<b>12-10-21</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>	<b>12-10-21</b>	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : **Ryphé**

Nom : **Dr Patrick CORREA**

Signature : **Patrick CORREA**

060004/ANACS/DTA/08  
DSAC N° 3857 - FAA 00773

(247) 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 checked="" type="checkbox"/>	LAPL <input checked="" type="checkbox"/>	PNC/CCA <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	--	--	----------------------------------