

FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : ROUMANIE		(13) N° référence:	
(3) Nom : OPRINA		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input checked="" type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>	
(5) Prénom(s) : GHEORGHE		(4) Nom de naissance	(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation
(6) Date de naissance : 23.02.1946		(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	(14) Type de licence désirée :
(8) Lieu et pays de naissance : BUCHAREST, ROUMANIE		(9) Nationalité : ROUMANIE	(15) Profession (principale) : CARTEAINE
(10) Adresse permanente : BLVD CHISCIAU & BUCHAREST		(11) Adresse postale (si différente) : AKAR, YOFA	(16) Employeur : GROUPE TRANS AIR SENEGAL
Pays : ROUMANIE		(17) Dernier examen médical : Date : 07.09.2022 Lieu : BUCHAREST	
N° de téléphone : 74 032 2554		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :	
Courriel :		(21) Nombre total d'heures de vol : 4500	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) types : A702 Numéro de licence : RO:TC11021 Pays de délivrance : ROUMANIE		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : 800	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : B 737	
Détails :		(25) Type de vol envisagé : COMMERCIAL	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : _____ Lieu : _____		(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multiopilote <input checked="" type="checkbox"/>	
Détails :		(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 :	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités			
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input type="checkbox"/> Non actuellement <input checked="" type="checkbox"/> Date de l'arrêt : 2020 Oui <input type="checkbox"/> type et quantité :			

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

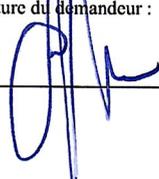
A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	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 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 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) Anémic/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"/>	
(30) Remarques :									A remplir uniquement pour les femmes			
									(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation			
									(151) Etes-vous enceinte ?			

(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 ne 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 médico-aérienne ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissance de ce 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 n'aie pas 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 mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).

Date : **07.09.2023**
Signature du demandeur : 
Signature du médecin examinateur : 
Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
07.09.2023

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **OPREMA** Prénoms : **GHODOURME** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **23.02.1974**
Lieu de naissance : **BUCURARESO**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 71 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Brun	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 124 Diastolique 75		(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 53 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"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Captain 737. Inconnu; motivation ok. Married 1 child. 47 old.

Smoker = 0.
Alc = 0.
Mdt = 0.
Sport = sometimes

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

Œil droit sans correction	10	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire N14 lu à 100cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près N5 lu à 30 - 50cm

	sans correction		avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 :		Type :	
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe
Œil droit			Ajouter
Œil gauche			

(233) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A **0**

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

(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'examineur	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)	14,6 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

Glyc = 0,94

(248) Commentaires, limitations :
Fit clam 1 -> 08-09-2024

(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 : **07-09-2024**

et lieu : **Dr Patrick CORREA**
Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : **3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL**

Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé et signature : **Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N°3857 - FAA-00773**

Numéro d'AME :

Romanian Civil Aeronautical Authority
 Autoritatea Aeronautică Civilă Română



EUROPEAN UNION

CLASS 1/2/LAPL
 MEDICAL CERTIFICATE
 CERTIFICAT MEDICAL
 CLASA 1/2/LAPL

Pertaining to a Part-FCL licence

Issued in accordance with Part-MED
 This licence complies with ICAO standards, except for LAPL
 medical certificate
 Eliberată în conformitate cu partea MED
 Prezentă licenţei este conformă cu standardele OACI, cu excepţia
 certificatelor medicale LAPL

IX Expiry date of this certificate Data expirării prezentului certificat	Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers (dd/mm/yyyy) Clasa 1 operaţiuni comerciale de transport	
	Class 1 (dd/mm/yyyy) Clasa 1 (zz/ll/aaaa)	08.09.2023
	Class 2 (dd/mm/yyyy) Clasa 2 (zz/ll/aaaa)	08.09.2023
	LAPL (dd/mm/yyyy) LAPL (zz/ll/aaaa)	08.09.2023
Examination date (dd/mm/yyyy) Data examinării (zz/ll/aaaa)		07.09.2022
	Last	Next
ECG	08.09.2022	08.09.2023
Audiogram	08.09.2022	08.09.2024
Ophthalmology	11.09.2018	

MED.A.020 Decrease in medical fitness

- (a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:
- (1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;
 - (2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence;
 - (3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
- (b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek zero-medical advice when they:
- (1) have undergone a surgical operation or invasive procedure;
 - (2) have commenced the regular use of any medication;
 - (3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
 - (4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
 - (5) are pregnant;
 - (6) have been admitted to hospital or medical clinic;
 - (7) first require correcting lenses.

XIII	Limitations/ limitări: Code/cod: NONE Description/descriere:	
IX	Date of issue (dd/mm/yyyy) Data eliberării (zz/ll/aaaa): 08.09.2022 Signature of issuing AME/ semnătura autorității de licențiere: Dr. LUPU LEONARD MARIU Medical specialist in the field of Aviation Medicine Autoritatea Aeronautică Civilă Română ROMANIA E-mail: leonard.mariu@caa.ro Tel: +40723277462	Stamp: Parafă RO.AME.04 Dr. LUPU LEONARD MARIU Calea Floreasca 60 București ROMANIA leoneard@hotmail.com tel. +40723 577 452
XII		

I	Authority that issued or is to issue the pilot licence Autoritatea care a eliberat sau urmează să elibereze licența de pilot	ROMANIA
III	Certificate number Numărul certificatului	RO AME 04 - 0031
IV	Last and first name of holder Numele și prenumele titularului	OPRINA GHEORGHE
XIV	Date of birth Data nașterii	23.02.1976
VI	Nationality Naționalitatea	ROMANA
VII	Signature of holder Semnătura titularului	

MED.A.020 Decrease in medical fitness

- a) Licence holders shall not exercise the privileges of their licence and related ratings or certificates at any time when they:
- 1) are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;
 - 2) take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable licence;
 - 3) receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
- b) In addition, licence holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:
- 1) have undergone a surgical operation or invasive procedure;
 - 2) have commenced the regular use of any medication;
 - 3) have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
 - 4) have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
 - 5) are pregnant;
 - 6) have been admitted to hospital or medical clinic;
 - 7) first require correcting lenses.

MED.A.020 Diminution de l'aptitude médicale

- a) Les titulaires de licence n'exercent à aucun moment les privilèges de leur licence et des qualifications ou certificats qui y sont liés s'ils:
- 1) ont connaissance d'une quelconque diminution de leur aptitude médicale susceptible de les rendre incapables d'exercer ces privilèges en toute sécurité;
 - 2) prennent ou utilisent des médicaments prescrits ou non prescrits qui sont susceptibles d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence en question;
 - 3) reçoivent tout traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur la sécurité des vols.
- b) En outre, les titulaires de licence tâchent d'obtenir, sans retard incohérent, un avis aéromédical:
- 1) s'ils ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive;
 - 2) s'ils ont entamé la prise régulière d'un médicament;
 - 3) s'ils souffrent de toute blessure importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage;
 - 4) s'ils souffrent d'une maladie importante impliquant une incapacité de travailler comme membre d'équipage;
 - 5) en cas de grossesse;
 - 6) s'ils ont été admis dans un hôpital ou une clinique médicale;
 - 7) s'ils ont besoin de verres correcteurs pour la première fois.



CERTIFICAT MÉDICAL
Medical certificate

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

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

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

Etat dans lequel la licence de pilote a été délivrée ou demandée / Authority that issued or is to issue the pilot licence

ROMANIA

Numéro de certificat / Certificate number

.FCL-ATPL-0010701A

Nom et prénom du titulaire / Last and first name of holder

Prima Brezege

Date de naissance (JJMM/AAAA) / Date of birth (DD/MM/YYYY)

23-02-1976

Nationalité / Nationality

romana

Signature du titulaire / Signature of holder

II Certificat médical de Classe 1
Class 1 medical certificate

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

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

07-03-2024

Classe 1, autres exploitations commerciales /
Class 1 other commercial operations

08-03-2024

Classe 2 / Class 2

07-09-2025

LAPL / LAPL

07-09-2025

XIII Limitations / Limitations

Code - Description / Code - Description

/

X Date de délivrance / Date of issue

07-09-2023

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

XI Cachet / Stamp



Date de l'examen médical /
Date of medical examination

07-09-2023

Date du dernier électrocardiogramme /
Date of last electrocardiogram

07-09-2023

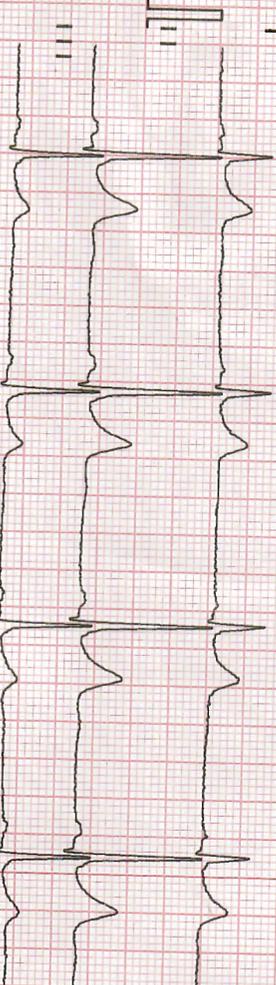
Date du dernier audiogramme /
Date of last audiogram

07-09-2023

BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000
Aut

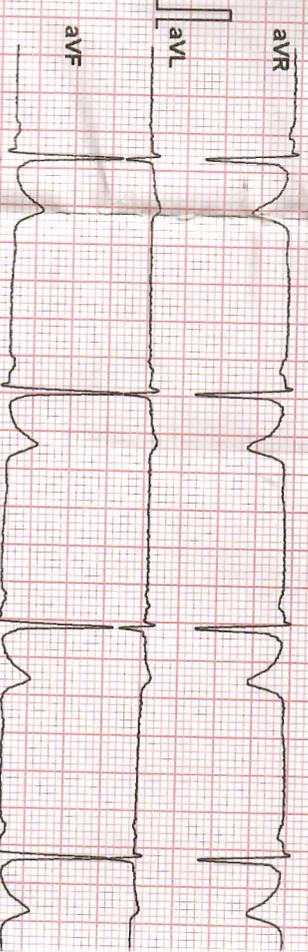
07/09/2023 10:24:08

25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1/5s



HR = 48

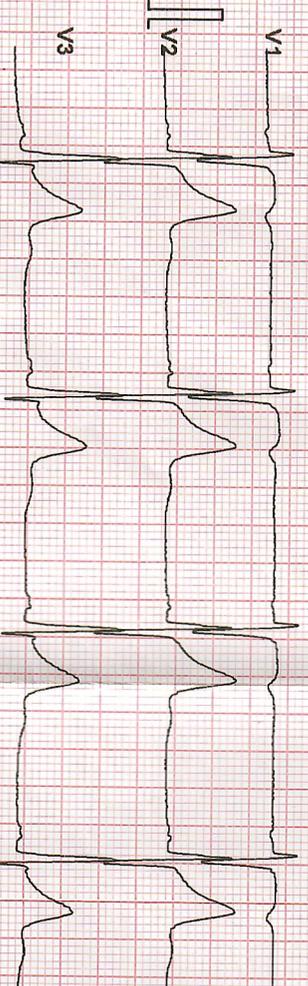
avR
avL
avF



© 0197

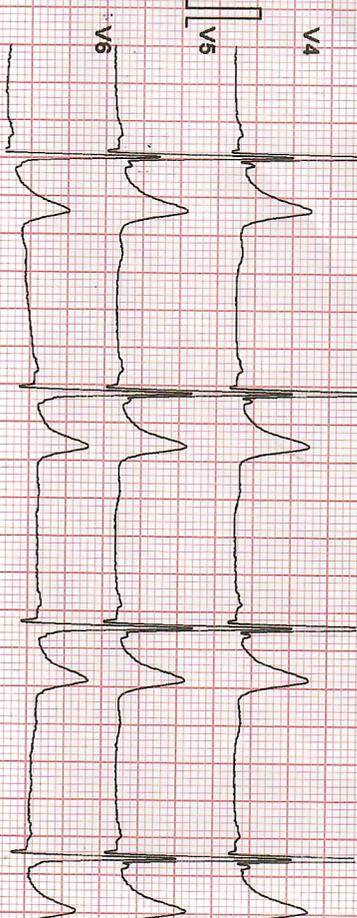
© 0197

HR = 48



CE 0017

HR = 48



CE 0017

[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs [uV/s]	SF	48 1/min
I	44	-	-63	669	-	-	-	400	-	43	577	RR	1246 ms
II	73	-	-134	1802	-	-	-	631	-	71	721	P	114 ms
III	52	-	-59	1234	-	-	-	233	-	36	179	QRS	152 ms
aVR	-	-55	-	97	-198	-	-	-	-513	-57	-636	PQ	406 ms
aVL	-	-	-	117	-357	-	-	92	-	1	192	QT	363 ms
aVF	-	-	-98	1495	-	-	-	428	-	53	485	QTc	86 °
V1	-	-	-	351	-1043	-	-	71	-57	30	365	axis	62 °
V2	-	-	-	879	-916	-	-	960	-	158	2297	axis	47 °
V3	50	-	-	1335	-284	-	-	820	-	150	1916	P	62 °
V4	51	-	-102	2373	-	-	-	1022	-	120	1608	QRS	47 °
V5	50	-	-167	2367	-	-	-	959	-	103	1511		
V6	40	-	-210	2088	-	-	-	752	-	75	1140		

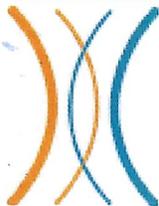


DEF AUT DE CONDUCTION INTRAVENTRICULAIRE IMPRECIS
 ECG NORMAL
 BRADYCARDIE SINUSALE

Georgey Oprina

07-09-2023

Pure tone audiometry



Operator :PATRICK CORREA

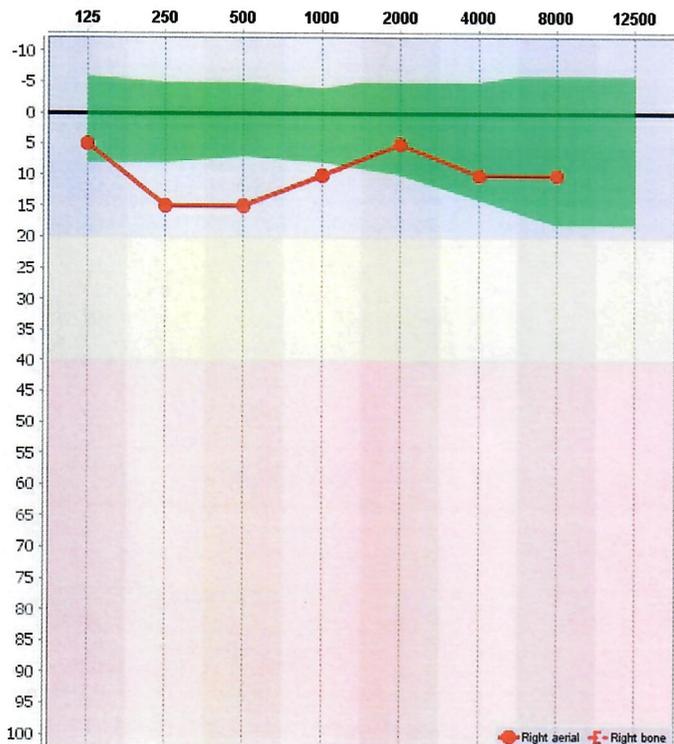
Patient **GHEORGHES OPRINA**

Date of Birth 26 Nov 1989

Measurement date 07/09/2023 10:25:58

Right

Left



	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
Left :	10 dB	5 dB	10 dB	N/C	15 dB	N/C	10 dB
Result: 1+2+3+4+6	Total = N/C						
Unilateral Result: 1+2+3+4	(A)	Total = N/C					
Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer >=30dB differ.)					Total = N/C		
Right :	15 dB	10 dB	5 dB	N/C	10 dB	N/C	10 dB
Result: 1+2+3+4+6	Total = N/C						
Unilateral Result: 1+2+3+4	(B)	Total = N/C					
Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer >=30dB differ.)					Total = N/C		
Difference between (A) & (B)	N/C	>40dB is a unilateral loss (needs referral for any unknown issues)					
Result Category:	Right = N/C			Left = N/C			
HSE Categorisation	N/C						

Notes

Device used for the measurement
 Device : OtoWin
 S/N : 20605 - 014
 Firmware : : 1.2.0e
 Hardware : elios3
 Stimulator : DD45 HI
 Calibration date : 02/03/2020

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 003459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 478 67 67

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

Dossier : h0907226 Prélèvement du : 7.09.2023

Patient né le 23.02.1976 - 47 ans

Monsieur **OPRINA Gheorghe**

Prescrit par : Dr CORREA Patrick

Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

		Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol total (EXL200/Siemens)	=	2,51 g/l 6,50 mmol/l	(inf. à 2,00)
☞ Consensus ARCOL (adultes) : souhaitable < 2,00 g/l			
		limite 2,00-2,39 g/l	
		élevé > 2,40 g/l	
Cholestérol H.D.L. (EXL200/Siemens)	=	0,79 g/l 2,05 mmol/l	(0,40-0,60)
Rapport Chol. Total/H.D.L.	=	3,18	(inf. à 4,90)
Cholestérol V.L.D.L. (calculé)	=	0,15 g/l 0,38 mmol/l	(inf. à 0,28)
Cholestérol L.D.L. (calculé) (Formule de Friedewald)	=	1,57 g/l 4,08 mmol/l	(0,90-1,58)
Cette formule n'est applicable que pour les Triglycérides < 3,50 g/l			
☞ Rapport Cholestérol total/HDL-c, facteur de risque			
		< 3,43	demi-moyenne
		3,43-4,97	moyenne
		4,97-9,55	double de la moyenne
		9,55-23,40 ...	triple de la moyenne
Triglycérides (EXL200/Siemens)	=	0,73 g/l 0,82 mmol/l	(inf. à 1,50)

Dr F. DIAZ

MEILLEURS SENTIMENTS

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

le 7.09.2023 à 13h23

Page n° 1/3 - PDF -

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 478 67 67

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge
PHARMACIEN BIOLOGISTE
Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇒ Suite dossier : h0907226 du 7.09.2023 Mr OPRINA Gheorghe né le 23.02.1976 - 47 ans Tr: Assistance Médicale AMS

BIOCHIMIE

Créatinine = 9,6 mg/l Valeurs de référence Antériorités
(Enzymat. EXL200/Siemens) 85 µmol/l (6,7-11,7)

Le débit de filtration glomérulaire selon CKD-EPI peut être
estimée pour ce patient à = 93,1 ml/min

Classification des stades de la Maladie Rénale Chronique (MRC) selon le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) :

Stades de MRC	DFG en ml/min/1,72m ²	Définition
1	≥ 90	DFG normal ou augmenté
2	60 à 89	DFG légèrement diminuée si associé à au moins un MAR*
3A	45 à 59	IRC modérée
3B	20 à 44	IRC modérée
4	15 à 29	IRC sévère
5	< 15	IRC terminale

* Marqueurs d'Atteinte Rénale (MAR) persistants plus de 3 mois (à 2 ou 3 examens consécutifs)
- Anomalies biologiques : Albuminurie, Hématurie, Leucocyturie
- Autres anomalies rénales : Morphologiques, Histologiques, dysfonctionnement tubulaire

*N.B. Chez les sujets suivants, les résultats sont à interpréter avec précautions
en les confrontant à la clinique et aux résultats d'autres examens :*
- Patients âgés de plus de 75 ans
- Patients de poids extrême (masse musculaire élevée ou faible, sujets dénutris)

Source: Diagnostic de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) par l'équation CKD-EPI H.A.S. 07/2012

ENZYMOLOGIE

Transaminase SGOT = 27 UI/l Valeurs de référence Antériorités
(EXL200/Siemens) (15-37)

Transaminase SGPT = 35 UI/l (16-63)
(EXL200/Siemens)

Dr F. DIAZ

MELLEURS SENTIMENTS

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

le 7.09.2023 à 13h23
Page n° 2/3 - PDF -

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SUNULABO

NINEA 005459492

Ancienne Piste x Route Ouakam

Site Urgences Cardio

Tél : 33 860 55 98 - 77 478 67 67

Laboratoire agréé par l'arrêté 02176 du 18.02.2015
du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Dr Karim Houdrouge

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé des Universités de Montpellier
et de Besançon

Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

⇒ Suite dossier : h0907226 du 7.09.2023 Mr OPRINA Gheorghe né le 23.02.1976 - 47 ans Tr: Assistance Médicale AMS

ENZYMOLOGIE

Gamma-G.T.

(EXL200/Siemens)

=

40 UI/l

Valeurs de référence

(15-85)

Antériorités



Dr F. DIAZ

Plus pratique, plus écologique, vos résultats envoyés directement
dans votre boîte Mail. Rendez-nous visite sur www.sunulabo.com

le 7.09.2023 à 13h23

Page n° 3/3 - PDF -

MEILLEURS SENTIMENTS