



Agence Nationale de l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-01-A

EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL
DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application :
10/09/2018

Page
1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : PNT

CLASSE : 1

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SÉNÉGAL

ADRESSE : Almadies Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

| | | |
|--|--|--|
| <p>Nom : <u>RACINE</u> Prénom : <u>Mayoro</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>01/07/1968</u> à : <u>diourbel</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar le 22/01/2026</u> Adresse : <u>Almadies Zone 9 Dakar</u></p> | Activité(s) pratiques | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) | <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Ballon Aérodrome : |
| Téléphone : <u>77-263 1002</u> Email : <u>R.MAYORO@YAHOO.FR</u> Profession/activité : <u>Pilote de ligne</u> Situation de famille : <u>Marié</u> | Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>7900</u> | |

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 19/05/2015 Lieu : Dakar Nom du médecin : D^r KAOUK

Vous avez été déclaré : Apte Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

| Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : | OUI | NON |
|--|-----|-------------------------------------|
| 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 Taux de cholestérol élevé | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 Maladie respiratoire | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 Maladies de l'estomac | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 Maladies du foie | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 Diabète | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 Maladies rénales | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 Maladies articulaires et du dos | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 Maladie thyroïdienne | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 Tumeur ou maladie cancéreuse | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 Oeil : choc, maladies, troubles visuels | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 Vertiges, pertes de connaissance | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 Migraines | | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Répondez aux questions suivantes : | |
|------------------------------------|---|
| 14 | Troubles du sommeil |
| 15 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? |
| 16 | Avez-vous eu un accident dans le passé ? |
| 17 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? |
| 18 | Etes-vous un consommateur de tabac ? |
| 19 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? |
| 20 | Faites-vous usage de drogues illicites ? |
| 21 | Consommez-vous de l'alcool ? |
| 22 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles |
| 23 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ? |
| Pour les candidates : | |
| 24 | Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ? |
| 25 | Autres |

Date et signature du personnel aéronautique

22/01/2026

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

22 : Part de Vetus Correcteur Vetus de pte



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : RACINE

Prénoms : Mayoro

Date de naissance : 01/07/1968
(JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance : Sircourbel

| | | | | | | | |
|--|---------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|----------------------|-------------|
| (201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille cm 185 | (203) Poids kg 75 | (204) Yeux couleur Noir | (205) Cheveux couleur Noir | (206) Tension artérielle (assis) mmHg 152 / 91 | (207) Pouls au repos | |
| | | | | | | Systolique | Diastolique |

Examen clinique : Cochez chaque item

| | normal | anormal | | normal | anormal |
|---|---|---------|--|--------|---------|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu | / | | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | / | |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | / | | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | / | |
| (210) Nez, sinus | / | | (220) système génito-urinaire | / | |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | / | | (221) Système endocrinien, thyroïde | / | |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | / | | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | / | |
| (213) Yeux - pupilles | / | | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | / | |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus | / | | (224) Examen neurologique- réflexes etc | / | |
| (215) Poumons, thorax, seins | / | | (225) Psychiatrie | / | |
| (216) Cœur | / | | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | / | |
| (217) Système vasculaire | / | | (227) Etat général | / | |
| (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire | Pilote Professionnel, 57 ans, Aérospace SA, marié, 1 an, tabac - 20, Alcool - 0, sport - 5, tabac - 0 | | | | |

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

(235) Analyse d'urine Normal anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

Lunettes/Contac
t

| | | | | |
|-------------------------------------|--|------------|---|--|
| Œil droit sans correction | | Corrigée à | / | |
| Œil gauche sans correction | | Corrigée à | / | |
| Vision binoculaire, sans correction | | Corrigée à | / | |

(230) Vision intermédiaire

Sans correction Avec correction

| | | | | |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|
| N14 lu à 100cm | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | | / | |
| Œil gauche | | | / | |
| Vision binoculaire | | | / | |

| Glucose | Protéines | Sang | Autres |
|---------|-----------|------|--------|
| / | / | / | |

| | | | | |
|-----------------|-------------|------|--------|---------|
| Rapport annexés | Non réalisé | Date | Normal | Anormal |
| (238) ECG | 20/06/16 | | | |

| | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| (239) Audiogramme | | | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | |

| | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| (241) Examen ORL | | | |
| (242) Lipides sanguins | | | |
| (243) Fonctions respiratoires | | | |
| (320) Tonométrie G : | | | |



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (231) de près | | Sans correction | Avec correction |
| N5 lu à 30 - 50cm | | Oui | Non |
| Œil droit | | | |
| Œil gauche | | | |
| Vison binoculaire | | | |
| (232) Lunettes | | (233) Lentilles de contact | |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Type : | | Type : | |
| réfraction | Sph | Cylindre | Axe |
| | | | Ajouter |
| | | | |
| | | | |

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

| | | |
|--------------------------------|--|--------------------|
| Tables pseudo-isochromatiques | | Type ISHIHARA |
| Nombre de tables présentées 20 | | Nombre d'erreurs 0 |

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

| | | | |
|--------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| (si 239/241 non réalisé) | | Oreille droite | Oreille gauche |
| | | Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| Test 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"/> |

Audiométrie éventuelle

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Gly = 0,78

| | | |
|--|--|---|
| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | (g/dl) |
| Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> | 12,3 Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> |

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

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

(250) Lieu et date

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| D : mmHg | | | | |
| (244) Divers (Sujet ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|--------|-------------|
| Avis : | Nom : |
| | Signature : |

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

APTE 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 type="checkbox"/> | Classe 2 <input type="checkbox"/> | Classe 3 <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|



Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-03-A

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE

Date d'application :
30/11/2018

Page
1 sur 1

CATEGORIES

CLASSE 1

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur :

A. KAOUK

Titulaire de l'agrément n :

11117003

Certifie que M :

National RIVACINE

Né(e) le : 10-07-1968 à Dioukbel Age : 57 ans

Demeurant : 107 ALENATES

REpond : (Préciser REOND ou NE REOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 18-MAI-2018

Limite de validité : 30-nov-2018 Durée de validité : 6 mois

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature



Un navigateur doit cesser d'exercer les priviléges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Évaluateur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité susmentionnée.

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 | (2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input checked="" type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/> | | |
| (3) Nom : RACINE | (4) Nom de naissance | | |
| (5) Prénom(s) : MAYORO | (6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 01/07/1968 | (7) Sexe : Masculin <input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> | (12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> renouvellement/prorogation |
| (8) Lieu et pays de naissance : Diourbel SENEGAL | (9) Nationalité : Sénégalaise | | |
| (10) Adresse permanente : | (11) Adresse postale : (si différente) | | |
| Pays : SENEGAL N° de téléphone : 77 263 10 07 Courriel : RMAYORO@YAHOO.FR | Pays : Sénégal N° de téléphone : | | |
| (18) Licence(s) de vol possédée(s) | | | |
| types | Numéro de licence | Pays de délivrance | |
| ATPL | FRA-FCL-AA 00193898 | FRANCE | |
| (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 : | | | |
| (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 : | | | |
| (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 checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt : Oui <input type="checkbox"/> type et quantité : | | | |
| (19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> détails : VNL | | | |
| (21) Nombre total d'heures de vol : | | (22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical : | |
| 7900 | | 790 | |
| (23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) : A 320 | | | |
| (25) Type de vol envisagé : commercial | | | |
| (26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input checked="" 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 | 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 checked="" type="checkbox"/> | <input 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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| (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"/> |
| A remplir uniquement pour les femmes | | | | | | | | | | |
| (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation | | | | | | | | | | |
| (151) Etes-vous enceinte ? | | | | | | | | | | |

(30) Remarques : Vision de près

(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, l'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 deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin pilote y ait accès conformément à 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 été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon l'ARAMED 130 peuvent être stockées électroniquement et mises à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MEDA 935 (b) (2) (iii) ainsi qu'aux assesseurs médicaux des autorités compétentes des Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARAMED 130 (c) (4).

Date : 22/01/2026

Signature du demandeur :



Signature du médecin examinateur :

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

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|--------------|---|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------|---|
| NOM : <i>RACINE</i> | | Prénoms : <i>YAYORO</i> | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <i>01/07/1968</i> | | | | | |
| (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 | <i>185</i> cm | <i>75</i> kg | <i>Normal</i> | <i>Noir</i> | Systolique <i>152</i> | Diastolique <i>81</i> | Pulsations (bpm) <i>84</i> | Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier |
| <input type="checkbox"/> Renouvellement | <input type="checkbox"/> Recours spécial | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------|--|---------|
| 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 | |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | |
| (210) Nez, sinus | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (220) système génito-urinaire | |
| (211) Oreilles, tympan, compliance tympanique | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (221) Système endocrinien, thyroïde | |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | |
| (213) Yeux - pupilles | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (224) Examen neurologique- réflexes etc | |
| (215) Poumons, thorax, seins | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (225) Psychiatrie | |
| (216) Cœur | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | |
| (217) Système vasculaire | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (227) Etat général | |
| (228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire | | | | | |

*Pilote Professionnel STAN, à Bruxelles, mons. Géant. Tubo = 0
Avec = 0
Sport +/-
Nécl = 0*

| | | | | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis) | | Lunettes/Contact | | (235) Analyse d'urine | | Normale <input type="checkbox"/> | Anormale <input type="checkbox"/> |
| (229) (de loin à (5m/6m en dixième) | | | | Glucose | Protéines | Sang | Autres |
| Œil droit sans correction | Corrigée à <i>10</i> | Œil gauche sans correction | Corrigée à <i>10</i> | | | | |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à <i>10</i> | | | | | | |
| (230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction N14 lu à 100cm | | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | |
| 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 sans correction avec correction N5 lu à 30 - 50cm | | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | | |
| 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 | | (233) Lentilles de contact | | Rapports annexés | | | |
| Oui <input checked="" type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Non réalisé <input type="checkbox"/> | Date <i>22/01/2016</i> | normal <input type="checkbox"/> | anormal <input type="checkbox"/> |
| Type : | | | | | | | |
| Réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter | | | |
| Œil droit | | | | | | | |
| Œil gauche | | | | | | | |
| (313) Perception des couleurs | | Normale <input type="checkbox"/> | Anormale <input type="checkbox"/> | | | | |
| Tables pseudo-isochromatiques | | Type I S H I H A R A | | | | | |
| Nombre de tables présentées <i>20</i> | | Nombre d'erreurs <i>0</i> | | | | | |
| (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 type="checkbox"/> | Oui <input 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) | <i>12.3</i> (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"/> | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| (248) Commentaires, limitations : | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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