

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:									
		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>									
(3) Nom : NDIAYE		(4) Nom de naissance NDIAYE									
(5) Prénom(s) : Aïssatou		(6) Date de naissance (JJ/MM/AAAA) 14/03/1983									
(7) Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>		(8) Lieu et pays de naissance : Dakar - SENECA									
(9) Nationalité : Senegalaise		(10) Adresse permanente : Villa n°6 Cité Montale I ouest Fisie - Dakar									
Pays : SENEGAL N° de téléphone : 00221772577575 Courriel :		(11) Adresse postale : (si différente) Pays : SENEGAL N° de téléphone : 00221772577575									
(12) Genre sollicité <input checked="" type="checkbox"/> initial renouvellement/prorogation		(14) Type de licence désirée :									
		(15) Profession (principale) Personnel Navigant de Cabine									
		(16) Employeur : Air Sénégal SA									
		(17) Dernier examen médical : Date : Lieu :									
		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails :									
		(21) Nombre total d'heures de vol :	(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical :								
		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s) :									
		(25) Type de vol envisagé :									
(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 ? Détails : Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : Lieu:		(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:									
(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 :											
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 »											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (101) Maladie ou opération oculaire		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (113) Traumatismes crânien ou commotion		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (114) Maux de tête fréquents ou graves		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (104) Allergie ou rhume des foins		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (115) Accès de vertige/évanouissement		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (105) Asthme ou maladie pulmonaire		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (116) Perte de conscience quel que soit le motif		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (107) Tension artérielle élevée ou basse		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (108) Calcul rénal ou sang dans les urines		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (109) Diabète ou désordre hormonal		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (120) Tentative de suicide ou automutilation		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (121) Mal des transports nécessitant médication		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (111) Surdité ou maladie des oreilles		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (123) Paludisme, autre maladie tropicale				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (124) Test VIH positif				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (125) Maladie sexuellement transmissible				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (127) Maladie musculaire ou squelettique				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (128) Toute autre maladie ou blessure				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (129) Hospitalisation				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (131) Assurance vie refusée pour motif médical				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (132) Refus de licence de vol pour motif médical				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
Antécédents familiaux											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (170) Affection cardiaque				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (171) Hypertension artérielle				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (172) Taux élevé de cholestérol				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (173) Epilepsie				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (174) Maladie mentale/suicide				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (175) Diabète				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (176) Tuberculose				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (177) Allergie/asthme/eczéma				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (178) Maladie héréditaire				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (179) Glaucome				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
A remplir uniquement pour les femmes											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> (151) Etes-vous enceinte ?				Oui	Non	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
Oui	Non										
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>										
(30) Remarques :											

(30) Remarques :

Nir Dobs
3G-3P 3Ceraurus.

(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.

Date : 26/03/2025

Signature du demandeur :

Signature du médecin examinateur :

DÉPARTEMENT Aéronautique
SN-MED-00773
DGAC N°3857 - FAA-00773

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : NDIAYE	Prénoms : Aissatou	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 14-03-1983						
(201) Catégorie d'examen	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg	(207) Pouls au repos		
<input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	172 cm	85 kg	Nai	Nai	Systolique 124	Diastolique 59	Pulsations 84 bpm	Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(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 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	P.Ne. A. n. Sengel SA 42 ans. Nai Sef. Tabac = 0 Axe = 0 111 = 0 Sport = ±				

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

(229) (de loin à (5m/6m en dixième)) Lunettes/Contact

Œil droit sans correction	9	Corrigée à	
Œil gauche sans correction	9	Corrigée à	
Vision binoculaire, sans correction	9	Corrigée à	

(230) Vision Intermédiaire

sans correction avec correction
N14 lu à 100cm

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

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

Oui Non Oui Non

Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

Œil droit

Œil gauche

(233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type :

Tables pseudo-isochromatiques

Type I SHIHARA

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

Normale Anormale

Normale Anormale