

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM :				Prénoms :		Date de naissance (JJ/MM/AAAA):		Lieu de naissance :	
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos		
					Systolique	Diastolique	Pulsations (bpm)	Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier	
Examen clinique : Cochez chaque item			normal	anormal			normal	anormal	
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(209) Cavité bucale, gorge, dents			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(210) Nez, sinus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(213) Yeux – pupilles			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(215) Poumons, thorax, seins			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(216) Cœur			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(217) Système vasculaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire									

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

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

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

(231) de près sans correction avec correction

N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact		
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :		
Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type I S H I H A R A
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

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

(si 239/241 non réalisés)	Oreille droite	Oreille gauche
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <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)	(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 soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : et lieu :	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
		Numéro d'AME:

(235) Analyse d'urine Normale Anormale

Glucose	Protéines	Sang	Autres
---------	-----------	------	--------

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input 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) 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	CLASSE 2	LAPL	PNC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>