

 Direction technique PN Pôle Médical	Date de création : 27/11/2025	
---	-------------------------------	--

# **VADEMECUM GUIDE DE PRATIQUES MEDICO-ADMINISTRATIVES POUR LA MEDECINE D'EXPERTISE DE CLASSE 1, 2, LAPL ET PNC**

Ce guide a pour vocation d'être un outil d'information et de bonnes pratiques à consulter en cas de besoin ou de doute sur une procédure médico-administrative. Il est révisable en cas d'évolution du règlement ou sur proposition d'amélioration des médecins examinateurs (AME).

Vous trouverez dans ce document des aides et des procédures de travail pour l'exercice de la médecine en vue de la délivrance d'aptitudes de classes 1, 2, LAPL et PNC pour le Personnel Navigant établies par un groupe de travail mené sous l'égide d'un médecin évaluateur du Pôle Médical de la Direction technique Personnels Navigants

\*-\*-\*-\*

## SOMMAIRE

GLO - [GLOSSAIRE](#)

P01 - [PREAMBULE](#)

P02 - [LE PÔLE MEDICAL](#)

P03 - [VISITES MEDICALES D'APTITUDE](#)

P04 - [FORMULAIRES REGLEMENTAIRES A REMPLIR LORS DE LA VISITE MEDICALE](#)

P05 - [CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE](#)

P06 - [INCAPACITE TEMPORAIRE MED.A.20](#)

P07 - [PROCEDURE DE RENVOI](#)

P08 - [PROCEDURE DE RECOURS](#)

P09 - [PROCEDURE DE RECHERCHE DE TOXIQUE URINAIRE](#)

P10 - [PROCEDURES DE SUIVI MEDICAL DES PERSONNELS NAVIGANTS](#)

P11 - [OPHTALMOLOGIE](#)



Direction technique PN  
Pôle Médical

## GLOSSAIRE

Date de création : 27/11/2025

**AELE** : Association Européenne de Libre Echange

**AeMC** : Centre médical aéronautique agréé

**AMC** : Moyens acceptables de conformité

**AME** : Médecin examinateur agréé

**CMAC** : Conseil Médical de l'Aéronautique Civile

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**DGAC** : Direction générale de l'aviation civile

**DSAC** : Direction de la sécurité de l'aviation civile

**EASA** : Agence européenne de la sécurité aérienne

**FMC** : Formation Médicale Continue

**FP** : Fiche de procédure

**GM** : Recommandations

**LAPL**: Light Aircraft Pilot License

**PN** : Personnel Navigant

**PNC** : Personnel Navigant Commercial

**UE** : Union Européenne



D S A C

Direction technique PN  
Pôle Médical

Date de création : 27/11/2025

## P01 - PREAMBULE



## Préambule

La mission de la médecine d'expertise pour les personnels navigants a pour objectif de délivrer une aptitude médicale aux personnels navigants demandeurs de certificat d'aptitude de classe 1, 2, LAPL ou PNC.

### **1) La DGAC et la réglementation applicable**

La DGAC se conforme à la réglementation européenne édictée par l'agence européenne de la sécurité aérienne (EASA) pour l'exercice de la médecine de contrôle des personnels navigants, pilotes privés et professionnels, ainsi que les personnels navigants commerciaux (PNC).

Une réglementation spécifique s'applique : « le règlement (UE) 1178/2011 dit Aircrew ». Cette réglementation est applicable sur le territoire métropolitain ainsi que sur le territoire des départements et collectivités ultramarines.

### **2) La DSAC et les médecins évaluateurs**

La DSAC a été désignée comme autorité de surveillance chargée d'appliquer la réglementation de l'EASA. Elle le fait par le biais de représentants médicaux appelés médecins évaluateurs, regroupés au sein du Pôle Médical de la direction technique Personnels Navigants.

Les médecins évaluateurs du Pôle Médical sont notamment responsables de la supervision (certification et surveillance) :

- De l'activité aéromédicale des médecins examinateurs (AME) qui exercent la médecine d'expertise au profit des PN (contrôle des dossiers médicaux, audit des médecins, surveillance de la Formation Médicale Continue (FMC) et participation active à cette FMC, revue et archivage d'une copie complète de tous les dossiers médicaux expertisés par les AME).
- Des Centres Aéromédicaux (AeMC) ;

Ils sont en outre en charge du suivi des procédures de renvois / concertations de dossiers médicaux adressés par les AME et les AeMCs.

### **3) Les AME agréés par le Pôle Médical**

Les médecins examinateurs ou « AeroMedical Examiner » (AME) disposent d'un agrément EASA délivré par le Pôle Médical leur donnant le privilège de délivrer des certificats médicaux d'aptitude aux Classes 1, 2, LAPL et PNC selon le niveau d'agrément.

Les AME détiennent un agrément sous réserve notamment de :

- posséder et de maintenir des compétences en médecine aéronautique ;
- respecter les règles de confidentialité médicale et d'archivage des dossiers médicaux ;
- détenir et surveiller la maintenance des équipements médicaux utilisés dans le cadre de l'agrément délivré.

A ce jour, on trouve des AME installés :

- En France métropolitaine ainsi que dans les territoires ultra-marins, surveillés par le Pôle Médical ;
- Sur le territoire des 29 autres Etats membres de l'UE et de l'AELE, surveillés par leur autorité aéronautique compétente ;
- En dehors du territoire de l'UE et de l'AELE, surveillés par les autorités aéronautiques des Etats Membres qui les ont agréés, notamment pour certains par le Pôle Médical de la DSAC.

Certains de ces AME sont isolés, d'autres sont regroupés dans des Centres Aéromédicaux, notamment :

- Sur le territoire métropolitain avec 4 AeMC : 2 AeMC militaires de Clamart (Percy) et de Toulon ainsi que 2 AeMC civils de Roissy et de Toulouse ;
- Sur le territoire ultra-marin avec 4 AeMC situés en Guadeloupe, à Papeete, en Nouvelle-Calédonie ainsi qu'à la Réunion.

**4) Délivrance ou renouvellement d'une certificat médical de Classe 1, 2, LAPL ou bien d'un rapport médical de membre d'équipage de cabine**

Les Personnels Navigants sont soumis à cette médecine d'expertise avec une première visite dite *d'admission*, leur aptitude étant ensuite renouvelée par des visites médicales régulières dites *de prorogation* quand elles ont lieu dans une période de 45 jours avant l'échéance de la précédente visite ou dites *de renouvellement* lorsqu'elles surviennent en dehors de la période de prorogation.

La périodicité des visites selon les Classes 1, 2, LAPL et PNC est présentée dans le tableau ci-dessous :

<b>Certificat médical : exigences minimales périodiques</b>			
Licence	<b>Classe 1 • CPL,ATPL</b>	<b>Classe 2 •PPL</b>	<b>LAPL</b>
Examen Initial	Centre aéromédical (AeMC)	Centre aéromédical (AeMC) ou Examinateur aéromédical (AME)	Centre aéromédical (AeMC) ou Examinateur aéromédical (AME)
Examen périodique	Centre aéromédical (AeMC) ou Examinateur aéromédical (AME) Classe 1	Centre aéromédical (AeMC) ou Examinateur aéromédical (AME)	Centre aéromédical (AeMC) ou Examinateur aéromédical (AME)
Validité max. du certificat médical	Avant 40 ans : 12 mois Entre 40-59 ans* : 6 mois Entre 40-59 ans : 12 mois Après 60 ans : 6 mois	Avant 40 ans : 5 ans Entre 40-49 ans : 2 ans Après 50 ans : 1 an	Avant 40 ans : 5 ans Après 40 ans : 2 ans
Hémoglobine	à chaque examen	en cas d'indication clinique	en cas d'indication clinique
Radiographie	en cas d'indication clinique	en cas d'indication clinique	en cas d'indication clinique
Électrocardiogramme	Initial, puis avant 30 ans : tous les 5 ans entre 30-39 ans : tous les 2 ans entre 40-49 ans : tous les ans après 50 ans à chaque visite	Initial, puis après 40 ans lors de la 1 <sup>ère</sup> visite après 50 ans tous les 2 ans	en cas d'indication clinique
Audiogramme	Initial, puis avant 40 ans : tous les 5 ans après 40 ans : tous les 2 ans	Si qualification IFR Initial, puis avant 40 ans : tous les 5 ans après 40 ans : tous les 2 ans	en cas d'indication clinique
Examen ORL	Initial	Initial	en cas d'indication clinique
Examen ophtalmologique complet	Initial	en cas d'indication clinique	en cas d'indication clinique
Examen ophtalmologique de routine	à chaque visite	Initial puis à chaque visite	en cas d'indication clinique
Profil lipidique	initial, puis après l'âge 40 ans	Si 2 ou plus de facteurs de risque : initial, puis après l'âge 40 ans	en cas d'indication clinique
EFR	Initial, puis en cas d'indication clinique	en cas d'indication clinique	en cas d'indication clinique
Analyse d'urine	à chaque visite	à chaque visite	en cas d'indication clinique
Recherche des toxiques	Initial	en cas d'indication clinique	en cas d'indication clinique

Les exigences complètes sont listées dans EASA Part-MED.

**Remarque** Tout examen peut être requis à tout moment en cas d'indication clinique.

La périodicité des examens est en accord avec le règlement EASA.

\*Activité commerciale de transport de passagers en monopilote (EASA Part-MED.A.045a)

PNC : Examens initial et périodiques auprès d'un AeMC ou d'un AME, Validité de 24 mois.

Une visite d'admission pour la classe 1 est obligatoirement faite dans un AeMC.

Une visite d'admission pour la classe 2, LAPL, ou PNC, peut être effectuée dans un AeMC ou bien dans le cabinet d'un AME.

Une visite de prorogation et de renouvellement pour la classe 1 peut être réalisée indifféremment par un AeMC ou un AME classe 1.

Une visite de prorogation et de renouvellement pour la classe 2, LAPL ou PNC peut être réalisée indifféremment par un AeMC, ou un AME classe 1 ou 2.

Si le certificat médical a expiré depuis plus de cinq ans, les exigences d'examen aéromédical pour une délivrance initiale s'appliquent et l'évaluation se fonde sur les exigences de prorogation.

La visite médicale doit avoir lieu après vérification de l'identité du demandeur et sans barrière linguistique. Les formulaires utilisés par les AME doivent impérativement respecter le modèle européen utilisé par l'ensemble des pays membres de l'EASA.

Le demandeur doit remplir de manière exhaustive le formulaire de demande de certificat médical. L'AME peut s'enquérir de tout examen médical réalisé par d'autres professionnels de santé et peut également demander tout examen ou expertise complémentaire qu'il juge nécessaire.

Le résultat de ces visites se décline en 4 possibilités :

- Apte ;
- Apte avec limitation(s) ;
- Inapte ;
- Renvoi pour les classe 1 / concertation pour les classes 2 ainsi que les LAPL.

*S'agissant des PNC, les AME ou AeMCs ont la possibilité de demander des concertations même si le règlement ne le prévoit pas.*

**RENOVI / CONCERTATION** : le renvoi / concertation correspond à des cas médicaux précisés dans la réglementation où la décision d'aptitude revient au médecin évaluateur avec ou sans avis spécialisé complémentaire. Dans l'attente de cette décision, l'aptitude aéromédicale est suspendue.

**INAPTE** : le PN ne peut pas exercer les priviléges de sa licence. La réglementation européenne demande la mise en place d'une voie de recours indépendante de l'autorité de surveillance.

## **5) Etude des cas médicaux « limites et complexes », rôle du Médecin Evaluateur**

Certaines affections médicales psychiques ou cliniques entraînent soit une inaptitude médicale qui peut être soumise au médecin évaluateur, soit font l'objet d'un renvoi/concertation pour avis du médecin évaluateur de l'autorité de surveillance.

En cas d'avis favorable du médecin évaluateur, ce dernier délivre directement un certificat médical au PN.

En cas d'avis défavorable du médecin évaluateur, le demandeur a la possibilité d'exercer un droit de recours auprès du CMAC.

## **6) Le Conseil Médical de l'Aéronautique Civile (CMAC)**

Les PN ont le droit d'exercer un droit de recours contre toute décision médicale prononcée par un AME ou par le médecin évaluateur du Pôle Médical et ce dans un délai de deux mois, soit à l'encontre d'une décision défavorable, soit à l'encontre des éventuelles limitations associées au certificat d'aptitude.

Ce recours est étudié par le CMAC, organisme indépendant de l'autorité de surveillance et du Pôle Médical. Les membres du CMAC, qui doivent posséder une expérience en médecine aéronautique, sont désignés par un arrêté de la DGAC.

*En cas de contestation de la décision délivrée par le CMAC (inaptitude ou aptitude avec limitation(s)), le PN dispose d'un délai de 2 mois après la date de la décision du CMAC pour effectuer un recours au Tribunal Administratif.*

## **7) Cas particulier des affections médicales intercurrentes survenant entre les visites médicales d'aptitudes**

En cas de problème médical aigu survenant pendant la période de validité du certificat d'aptitude délivré, il est de la responsabilité du PN d'obtenir sans délai et avant d'exercer les priviléges de sa licence, un avis aéromédical. La conduite à tenir est décrite dans un paragraphe de la réglementation applicable (paragraphe MED.A.20 du règlement n°1178/2011 dit Aircrew).

 Direction technique PN Pôle Médical	<b>LE POLE MEDICAL</b> Date de création : 27/11/2025	
---	---	--

## P02 – LE PÔLE MEDICAL



Direction technique PN  
Pôle Médical

## POLE MEDICAL DU PERSONNEL NAVIGANT (Adresse et coordonnées)

Date de création : 27/11/2025

**Pôle Médical de la Direction technique PN :**

**Boîte fonctionnelle**

[pole-medical@aviation-civile.gouv.fr](mailto:pole-medical@aviation-civile.gouv.fr)

**Boîte fonctionnelle messagerie sécurisée (en cours de déploiement) :**

[polemedical.dgac@medical.apicrypt.org](mailto:polemedical.dgac@medical.apicrypt.org) (utilisateur Apicrypt)

[polemedical.dgac@interop-mssante.apicrypt.org](mailto:polemedical.dgac@interop-mssante.apicrypt.org) (utilisateur MSSanté)

**Adresse postale :**

POLE MEDICAL  
DGAC/DSAC/PN/MED  
82, rue des Pyrénées  
75970 – PARIS CEDEX 20



DIRECTION TECHNIQUE PN  
Pôle Médical

## VISITES MEDICALES D'APTITUDE

Date de création : 01/11/2020

# P03 – VISITES MEDICALES D'APTITUDE

## VISITES MEDICALES D'APTITUDE

Date de création : : 27/11/2025

**TEXTES APPLICABLES** : règlement (UE) 1178/2011 dit Aircrew avec Moyens acceptables de conformité (AMC) et recommandations (GM) :

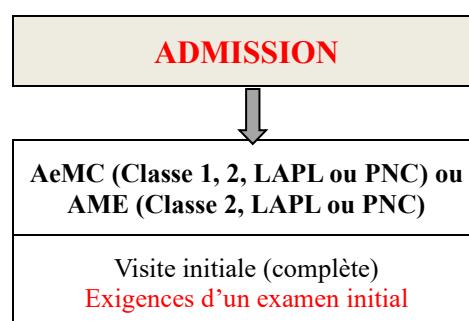
- Part MED pour les AME, AeMCs et l'autorité de surveillance ;
- Part ARA.MED pour l'autorité de surveillance ;
- Part ORA.GEN et ORA.AeMC pour les AeMCs.

**RAPPEL** : Règlement européen

- texte de portée générale
- directement applicable dans tous les Etats Membres de l'UE et de l'AELE

**REGLEMENT (UE) 1178/2011** :

- Seuls les AeMC peuvent réaliser une visite d'admission classe 1 ;
- Les AeMC et les AME classe 1 prorogent ou renouvellent les certificats de classe 1 ;
- Les AeMC et les AME prorogent ou renouvellent les certificats de classe 2, LAPL ou PNC ;
- La visite de prorogation est une visite réalisée dans les 45 jours avant la date de fin de validité du dernier certificat médical délivré. La période de validité d'un certificat médical est calculée à partir de la date d'expiration du certificat médical précédent.
- La visite de renouvellement est une visite réalisée en dehors du créneau des 45 jours précédant la date de fin de validité du dernier certificat médical délivré. La période de validité se calcule de date à date.
- Si la date de fin de validité du dernier certificat médical délivré **est périmée depuis plus des cinq ans**, lors de l'examen, les exigences relatives à la délivrance initiale d'une aptitude aéromédicale s'appliquent, mais l'évaluation de l'aptitude se fonde sur les exigences de prorogation.
- La limitation TML impose une période de validité calculée de date à date.



• **RENOUVELLEMENT OU PROLONGATION**

AME ou AeMC	AME ou AeMC	AeMC
Examen médical de routine  Visite de prorogation  <b>Exigences de prorogation</b>	Examen aéromédical après évaluation du dossier. Si besoin (mutation ou dossier incomplet), demander au médecin évaluateur le dossier aéromédical  <b>Exigences de prorogation</b>	Examen aéromédical initial  Visite de prorogation  <b>Exigences de prorogation</b>

## VISITES D'ADMISSION PERSONNELS NAVIGANTS AVEC DELIVRANCE DU PREMIER CERTIFICAT MEDICAL

Date de création : 27/11/2025

Visite médicale initiale réalisée en AeMC (classe 1, 2, LAPL ou PNC) ou bien chez un AME (classe 2, LAPL, PNC)

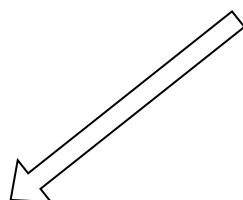
Réserve

## CIRCUIT DES VISITES DE PROROGATION OU DE RENOUVELLEMENT

Date de création : 27/11/2025

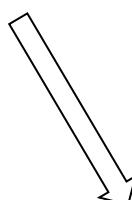
- 1- Visite de prorogation faite dans les 45 jours avant échéance**
- 2- Visite de renouvellement faite en dehors de l'échéance normale mais moins de 5 ans après échéance du dernier certificat médical délivré**

### Visite médicale réalisée par le Médecin Examinateur Agréé (AME)



**En cas d'aptitude**

- Original du **certificat médical** remis à l'intéressé ;
- Envoi de la copie de la visite médicale avec ses pièces jointes au Pôle Médical.



**En cas d'inaptitude/renvoi**

- Transmission d'une copie de la décision à l'intéressé
- Envoi au Pôle Médical de la copie du dossier médical avec courrier de l'AME motivant l'inaptitude ou le renvoi au médecin évaluateur dans les plus brefs délais (courrier RAR ou bien messagerie santé sécurisée).

**Si Apté :** envoi par le Pôle Médical du certificat médical accompagné des procès-verbaux administratifs et médicaux de décision : originaux pour l'intéressé en RAR, copie pour l'AME ou l'AeMC en courrier simple + copie d'expertise médicale le cas échéant

**Si Inapte :** envoi d'un formulaire de recours à l'intéressé avec les procès-verbaux de décision du Pôle Médical + 1 exemplaire pour l'AME

- 3- Visites de renouvellement faite en dehors de l'échéance normale et plus de 5 ans après échéance du dernier certificat médical délivré**

Visite complète en AeMC avec examens demandés en admission mais aptitude délivrée selon les critères d'une visite de prorogation.



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## FORMULAIRES REGLEMENTAIRES

Date de création : 27/11/2025

# P04 – FORMULAIRES REGLEMENTAIRES A REMPLIR LORS DE LA VISITE MEDICALE PN

# 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 type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																	
(3) Nom :		(4) Nom de naissance (7) Sexe : <small>(JJ/MM/AAAA)</small>																																																																																																																																																	
		Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																	
(5) Prénom(s) :		(6) Date de naissance (7) Sexe :																																																																																																																																																	
		<small>(JJ/MM/AAAA)</small> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																	
(8) Lieu et pays de naissance :		(9) Nationalité :																																																																																																																																																	
(10) Adresse permanente :		(11) Adresse postale : (si différente)																																																																																																																																																	
Pays : N° de téléphone : Courriel :		Pays : N° de téléphone :																																																																																																																																																	
(18) Licence(s) de vol possédée(s) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>types</th> <th>Numéro de licence</th> <th>Pays de délivrance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				types	Numéro de licence	Pays de délivrance																																																																																																																																													
types	Numéro de licence	Pays de délivrance																																																																																																																																																	
(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 type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : <span style="margin-left: 20px;">Lieu: Détails :</span>																																																																																																																																																			
(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) :																																																																																																																																																			
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date : <span style="margin-left: 20px;">Lieu: Détails :</span>																																																																																																																																																			
(25) Type de vol envisagé :																																																																																																																																																			
(26) Activité aérienne actuelle : Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/> (28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input 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 type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités (29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">(101) Maladie ou opération oculaire</td> <td colspan="2">(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage</td> <td colspan="2">(123) Paludisme, autre maladie tropicale</td> <td colspan="2"><b>Antécédents familiaux</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact</td> <td colspan="2">(113) Traumatismes crânien ou commotion</td> <td colspan="2">(124) Test VIH positif</td> <td colspan="2">(170) Affection cardiaque</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">(114) Maux de tête fréquents ou graves</td> <td colspan="2">(125) Maladie sexuellement transmissible</td> <td colspan="2">(171) Hypertension artérielle</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen</td> <td colspan="2">(115) Accès de vertige/évanouissement</td> <td colspan="2">(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil</td> <td colspan="2">(172) Taux élevé de cholestérol</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(104) Allergie ou rhume des fous</td> <td colspan="2">(116) Perte de conscience quel que soit le motif</td> <td colspan="2">(127) Maladie musculaire ou squelettique</td> <td colspan="2">(173) Epilepsie</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(105) Asthme ou maladie pulmonaire</td> <td colspan="2">(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...</td> <td colspan="2">(128) Toute autre maladie ou blessure</td> <td colspan="2">(174) Maladie mentale/suicide</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux</td> <td colspan="2">(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature</td> <td colspan="2">(129) Hospitalisation</td> <td colspan="2">(175) Diabète</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical</td> <td colspan="2">(176) Tuberculose</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(107) Tension artérielle élevée ou basse</td> <td colspan="2">(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue</td> <td colspan="2">(131) Assurance vie refusée pour motif médical</td> <td colspan="2">(177) Allergie/asthme/eczéma</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(108) Calcul rénal ou sang dans les urines</td> <td colspan="2">(120) Tentative de suicide ou automutilation</td> <td colspan="2">(132) Refus de licence de vol pour motif médical</td> <td colspan="2">(178) Maladie héréditaire</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(109) Diabète ou désordre hormonal</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">(179) Glaucome</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins</td> <td colspan="2">(121) Mal des transports nécessitant médication</td> <td colspan="2">(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical</td> <td colspan="2"><b>A remplir uniquement pour les femmes</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(111) Surditè ou maladie des oreilles</td> <td colspan="2">(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines</td> <td colspan="2">(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie</td> <td colspan="2">(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation</td> </tr> <tr> <td colspan="4">           (30) Remarques :         </td> <td colspan="4">           (151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <small>(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.</small> </td> <td colspan="4"> <small>CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et 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 deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <small>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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).</small> </td> <td colspan="4"> <small>Date : <span style="float: right;">Signature du demandeur : </span></small> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"> <small>Signature du médecin examinateur : </small> </td> </tr> </tbody></table>				Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		<b>Antécédents familiaux</b>		(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque				(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(171) Hypertension artérielle		(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol		(104) Allergie ou rhume des fous		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie		(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide		(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète						(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		(176) Tuberculose		(107) Tension artérielle élevée ou basse		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma		(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		(178) Maladie héréditaire		(109) Diabète ou désordre hormonal						(179) Glaucome		(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>		(111) Surditè ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation		(30) Remarques :				(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/>				<small>(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.</small>				<small>CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et 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 deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.</small>				<small>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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).</small>				<small>Date : <span style="float: right;">Signature du demandeur : </span></small>								<small>Signature du médecin examinateur : </small>			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non																																																																																																																																												
(101) Maladie ou opération oculaire		(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage		(123) Paludisme, autre maladie tropicale		<b>Antécédents familiaux</b>																																																																																																																																													
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact		(113) Traumatismes crânien ou commotion		(124) Test VIH positif		(170) Affection cardiaque																																																																																																																																													
		(114) Maux de tête fréquents ou graves		(125) Maladie sexuellement transmissible		(171) Hypertension artérielle																																																																																																																																													
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen		(115) Accès de vertige/évanouissement		(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil		(172) Taux élevé de cholestérol																																																																																																																																													
(104) Allergie ou rhume des fous		(116) Perte de conscience quel que soit le motif		(127) Maladie musculaire ou squelettique		(173) Epilepsie																																																																																																																																													
(105) Asthme ou maladie pulmonaire		(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...		(128) Toute autre maladie ou blessure		(174) Maladie mentale/suicide																																																																																																																																													
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux		(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature		(129) Hospitalisation		(175) Diabète																																																																																																																																													
				(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical		(176) Tuberculose																																																																																																																																													
(107) Tension artérielle élevée ou basse		(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue		(131) Assurance vie refusée pour motif médical		(177) Allergie/asthme/eczéma																																																																																																																																													
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines		(120) Tentative de suicide ou automutilation		(132) Refus de licence de vol pour motif médical		(178) Maladie héréditaire																																																																																																																																													
(109) Diabète ou désordre hormonal						(179) Glaucome																																																																																																																																													
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins		(121) Mal des transports nécessitant médication		(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical		<b>A remplir uniquement pour les femmes</b>																																																																																																																																													
(111) Surditè ou maladie des oreilles		(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines		(134) Pension ou indemnisation pour blessure ou maladie		(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation																																																																																																																																													
(30) Remarques :				(151) Etes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
<small>(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.</small>				<small>CONSENTEMENT À LA PUBLICATION D'INFORMATIONS MÉDICALES : En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ce rapport et 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 deviennent et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que moi-même ou mon médecin puise y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment.</small>																																																																																																																																															
<small>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 Etats membres afin de faciliter l'application de l'ARA.MED.150 (c) (4).</small>				<small>Date : <span style="float: right;">Signature du demandeur : </span></small>																																																																																																																																															
				<small>Signature du médecin examinateur : </small>																																																																																																																																															

# 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	(202) Taille	(203) Poids	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique	Diastolique	Pulsations (bpm)
<input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	cm	kg					

<b>Examen clinique : Cochez chaque item</b>		normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<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"/>
(213) Yeux – pupilles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<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		Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Œil gauche sans correction		Corrigée à		Glucose <input type="checkbox"/>	Protéines <input type="checkbox"/>
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à		Sang <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
(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"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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 <input type="checkbox"/>		Anormale <input type="checkbox"/>	
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 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
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 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 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:	

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

A compléter intégralement par le personnel navigant professionnel ou privé de l'aviation civile  
Destinée au Pôle Médical de la DSAC/PN 82 rue des Pyrénées 75970 Paris Cedex 20 – Fax : 01 70 64 27 21

NOM USUEL : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOMS : .....

SEXÉ :  Masculin  Féminin DATE de naissance : ..... LIEU de naissance : .....

ADRESSE PERSONNELLE .....

Code Postal..... Ville..... Pays .....

Téléphone portable : ..... Téléphone fixe : .....

Adresse électronique : .....

Cochez les cases utiles SVP

Je suis déjà titulaire d'une ou plusieurs licences :

- |   |                                 |  |                                 |
|---|---------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ATPL(A)  | <input type="checkbox"/> CPL(A) | <input type="checkbox"/> ATPL(H)                 | <input type="checkbox"/> CPL(H) |
| <input type="checkbox"/> Personnel d'essais réception ; précisez l'activité SVP : ..... |                                 |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Parachutiste professionnel                                     |                                 |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Pilote privé avion - PPL(A)                                    |                                 | <input type="checkbox"/> Brevet de base          |                                 |
| <input type="checkbox"/> Pilote privé hélicoptère - PPL(H)                              |                                 | <input type="checkbox"/> LAPL avion – LAPL(A)    |                                 |
| <input type="checkbox"/> Pilote de ballon libre – BPL                                   |                                 | <input type="checkbox"/> Pilote de planeur – SPL |                                 |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez SVP) : .....                                   |                                 |  |                                 |

- |  |                                      |  |                                  |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------------|
| → Qualifications :   | <input type="checkbox"/> Aucune      | <input type="checkbox"/> Vol de montagne | <input type="checkbox"/> IFR     |
| <input type="checkbox"/> Voltige aérienne                  | <input type="checkbox"/> Vol de nuit | <input type="checkbox"/> Instructeur     | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Remorquage planeurs ou banderoles |                                      |  |                                  |

Je suis candidat à l'obtention de l'une des licences citées ci-dessus :

Précisez laquelle SVP : .....

Je suis déjà membre d'équipage de cabine (CCA)

Je suis candidat à l'obtention du titre de membre d'équipage de cabine (CCA)

Nombre d'heures de vol : ..... de sauts : ..... d'ascensions : .....

Date de fin de validité du certificat médical en cours (ou si caduc du précédent certificat) : .....

J'ai une activité de pilote militaire     actuelle     passée    Heures de vol à titre militaire .....

Date de ma visite médicale : ..... Nom de l'AeMC/AME : .....

Je demande le transfert de mon dossier au Pôle Médical de la DSAC/PN

- Dans le cadre d'un renvoi / concertation au / avec le Pôle Médical
- Dans le cadre d'une demande de réexamen de mon dossier par le Pôle Médical
- Afin qu'il soit transmis au Conseil Médical de l'Aéronautique Civile dans le cadre :
  - D'une demande de dérogation
  - D'une demande de recours
  - D'une demande d'inaptitude définitive à mes fonctions (*personnels navigants professionnels uniquement*)
  - D'une demande de réexamen de mon dossier par le CMAC

Fait à : ..... Le : ..... Signature : .....

**RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DGAC

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom usuel :	(4) Nom de naissance :	(12) Genre sollicité: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s):	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(13) Numéro de référence :		

(301) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux:

Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.

Date: Signature du demandeur:

Signature du médecin examinateur (AME):

(302) Catégorie d'examen: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques:
--	-------------------------------------

Examen clinique:

Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, segment antérieur (lampe à fente, ophthalmoscope.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophthalmoscopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	cm	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre oculomoteur (en dioptries prismatique)

A la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Phorie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Epreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectué	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques	Type: ISHIHARA (24 planches)
nombre de planches présentées:	Nombre d'erreurs:
Test approfondi de perception de couleurs indiqué	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Méthode:	Normal Anormal
Lanterne de Beyne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anomaloscope <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(322) Déclaration du médecin examinateur:

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

(323) Lieu et date:	Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules):		N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé:	E-mail: Telephone No: Fax No:		Proposition d'aptitude du médecin ophtalmologiste <input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte

## RAPPORT D'EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

COMPLÉTER CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES

Secret médical

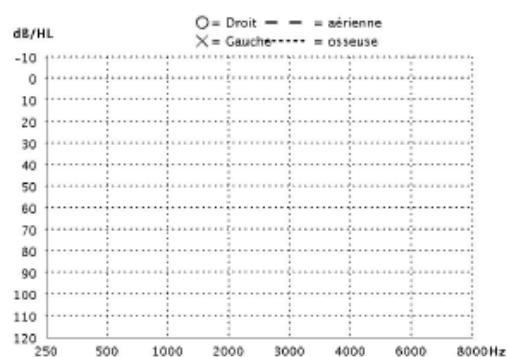
(1) Pays de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical demandée:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA
(3) Nom usuel:	(4) Nom de naissance:	(12) Genre sollicité: <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation
(5) Prénom(s):	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
(13) Numéro de référence :		
<p>(401) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux: Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.</p> <p>Date: <span style="float: right;">Signature du demandeur: </span></p> <p style="text-align: right;">Signature du médecin examinateur (AME): </p>		

(402) Catégorie d'examen: <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(403) Antécédents ORL:
---	------------------------

Examen clinique: Cocher chaque item	
	Normal      Anormal
(404) Tête, visage, cou, cuir chevelu	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(405) Cavité buccale, dents	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(406) Pharynx	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(407) Narines et naso-pharynx (y compris rhinoscopie antérieure)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(408) Système vestibulaire, y compris Romberg	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(409) Élocution	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(410) Sinus	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(411) Conduits auditifs externes, tympans	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(412) Otoscopie pneumatique	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(413) Tympanométrie, y compris la manœuvre de Valsalva (uniquement examen initial)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

Hz	db HL (seuil d'audition)			
	Conduction aérienne		Conduction osseuse	
250	Oreille droite	Oreille gauche	Oreille droite	Oreille gauche
500				
1000				
2000				
3000				
4000				
6000				
8000				

(420) Audiogramme



(421) Remarques et recommandations ORL:			
---	--	--	--

(422) Déclaration du médecin examinateur: Je certifie avoir personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.		
(423) Lieu et date:	Nom et adresse de l'examinateur: (en majuscules):	Cachet et n° de l'AME ou du spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé: 	E-mail: Telephone No: Fax No:	
Proposition d'aptitude du médecin ORL		
<input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte		

## Fiche intercalaire d'examen de la santé mentale

- SECRET MEDICAL

NOM :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

**ATCD médico-psychologiques connus: sur le plan personnel depuis l'enfance:** oui  non

commentaires:

**sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins):** oui  non

commentaires:

**traitements / psychotropes: passé(s) et actuel(s) ?:** oui  non

psychothérapie ou suivi psychologique en cours ? oui  non  dernière ordonnance ?

**présentation générale / contact adapté:** oui  non

**symptômes cognitifs ?:** oui  non

**symptômes psychotiques ?:** oui  non

**troubles de l'humeur ?:** oui  non

**troubles anxieux ?:** oui  non

**trouble des conduites ?:** oui  non

**troubles des conduites alimentaires: oui  non  IMC ?**

tests sanguins:	NFS	GGT	ASAT	ALAT	EAL	CDT
Nle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aNle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**tests urinaires: cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif  négatif  cocaïne (seuil > 300 ng/ml) positif  négatif  autre ?:**

**signes d'appel à l'examen somatique:** oui  non

**évaluation de la motivation aéronautique, du désir de devenir pilote professionnel ? :**

**expérience aéronautique (heures de vol) ?**

**autre / commentaires :**

**Nom, date et signature du médecin examinateur**

**Conclusion:**  - absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...

- ou bien:  - renvoi au pôle

- bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)

- CAT à discuter en staff

- autre:

**Nom :**

**date:**

**Signature :**



# rapport d'examen médical psychiatrique

évaluation de la santé mentale des candidats

page 1

**- SECRET MEDICAL**

NOM :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

**Catégorie d'examen:**

Initial

Prorogation

Renouvellement

Recours spécial

ATCD médico-psychologiques connus: oui  non

sur le plan personnel depuis l'enfance:

consultation avec un psychologue et/ou un psychiatre ? oui  non   
 consultation avec un orthophoniste ? oui  non  réformé de l'armée ? oui  non   
 arrêt(s) maladie prolongé(s) ? oui  non  prise de psychotropes ? oui  non   
 syndrome d'épuisement professionnel (burn out) ? oui  non  hospitalisation ? oui  non

trouble des conduites ?:

- alimentaires oui  non
- tentative(s)de suicide oui  non
- fugue(s) oui  non
- crises excito-motrices oui  non
- ennuis avec la justice ou la police oui  non

commentaires:

sur le plan familial (parents, fratrie, oncles, tantes, grands-parents, cousins): oui  non

problèmes avec l'alcool, autres addictions éventuelles (jeu, etc...) ? oui  non  tentatives de suicide et suicides ? oui  non

troubles de l'humeur ? oui  non  hospitalisations en psychiatrie ? oui  non  traitement au long cours, "dépression" ? oui  non

commentaires:

**Parcours biographique et professionnel:**

Événement de vie (deuil, rupture affective, divorce, perte d'un emploi, rupture du parcours scolaire ou professionnel, etc... / épisode dépressif réactionnel) ?

confrontation à un événement grave (AVP, agression, crash, parcours opérationnel chez les militaires / trouble psychique post-traumatique) ?

traitements / psychotropes ?: oui  non

pour dormir ou à visée anxiolytique ? oui  non  automédication ? oui  non

psychothérapie ou suivi psychologique en cours ? oui  non  dernière ordonnance ?

tests urinaires ?: oui  non

1/ cannabis (seuil THC > 50 ng/ml) positif  négatif  valeur

2/ cocaïne (seuil > 300 ng/ml) positif  négatif  valeur

3/ autre ?:

bilan sanguin ?: oui  non

NFS: Nle  aNle  GGT: Nle  aNle  ASAT: Nle  aNle  ALAT: Nle  aNle

CDT: Nle  aNle  EAL (exploration d'anomalie lipidique): Nle  aNle

autre ?:

# rapport d'examen médical psychiatrique

évaluation de la santé mentale des candidats

page 2

- SECRET MEDICAL

NOM :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA):

Prénoms :

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

**Données de l'entretien (examen clinique à orienter en fonction des signes d'alerte / cf. critères CIM 10 si besoin):**

présentation générale / contact adapté oui  non  (si inadapté: inhibition, hyperémotivité, bizarrie, étrangeté, réticence, évitemen, anxiété, fébrilité, hyper-expressivité, défiance, querulence, agressivité, contrôle des émotions durant l'entretien, etc...) ?

symptômes cognitifs ? oui  non  (cours et contenu de la pensée) ?

symptômes psychotiques ? oui  non  (s'ils sont suspectés, décrire les indices) ?

troubles de l'humeur ? oui  non  (tristesse durable, fluctuation de l'humeur, moments d'excitation psychique, irritabilité) ?

troubles anxieux ? oui  non  (aigu / chronique; symptômes spécifiques: TOC, phobie(s), somatisations, ou comportements d'évitement voire raptus anxieux; sommeil) ?

trouble des conduites ? oui  non

DETA: 2 réponses positives orientent vers un mésusage:

usage problématique de substances psychoactives: oui  non

tabac ? cigarette électronique ? oui  non

alcool: âge de la première expérimentation et de la première ivresse

expérimentation / consommation de cannabis ? cocaïne ? autres ? / circonstances ?

1.avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? oui  non

2.votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? oui  non

3.avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? oui  non

4.avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? oui  non

troubles des conduites alimentaires: oui  non  IMC ?

conduites de risque, conduites auto et/ou hétéro-agressives et leurs conséquences (examen somatique: cicatrices ? scarifications ?): oui  non

évaluation de la motivation aéronautique, du désir de devenir pilote professionnel ? :

expérience aéronautique (heures de vol) ?

autre / commentaires :

Conclusion:

- absence d'antécédent, d'anomalie décelable, motivation adaptée, etc...

- ou bien:  - renvoi au pôle

- bilan avec un psychiatre ou un psychologue clinicien au fait du milieu aéronautique (ayant bénéficié d'une formation agréée par la DGAC)

- CAT à discuter en staff

- autre:

**Nom, date et signature du médecin examinateur**

Nom :

date:

Signature :



## DIABÈTE DE TYPE 2

Nom usuel			Date de naissance	/ /
Prénom			Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

**ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX** (diabète, obésité, dyslipidémie, coronaropathie, artériopathie, HTA...):

**HISTORIQUE DU DIABÈTE :**

date de la découverte : ..... Circonstances : .....

Poids : ..... kg TA : ..... / ..... mmHg      Étiologie : primitif  secondaire

Complications :

Événement(s) clinique(s) depuis la découverte :

**TRAITEMENT :** INITIAL DU DIABÈTE :

ACTUEL DU DIABÈTE :

AUTRE(S) :

**ÉTAT ACTUEL : EXAMEN CLINIQUE**

Poids : ..... kg	Taille : .....	IMC (poids/taille <sup>2</sup> ) : .....	Tour de taille : ..... cm	TA : ..... / ..... mHg
------------------	----------------	--	---------------------------	------------------------

**BIOLOGIE : RÉSULTATS DES DOSAGES DE L'HÉMOGLOBINE GLYCOSYLIÉE (HbA1c) (3 à 4 fois par an)**

Dates							
HbA1c (%)							

AUTRES RÉSULTATS DU BILAN ANNUEL DE SURVEILLANCE	Dernier bilan		Résultats antérieurs	
	date :	date :	date :	date :
BILAN GLUCIDIQUE	Glycémie à jeun			
BILAN LIPIDIQUE	Cholestérol total			
	Triglycérides			
	LDL cholestérol			
	HDL cholestérol			
BILAN RÉNAL	Créatininémie			
	Microalbuminurie /24h			

BILAN OPHTALMOLOGIQUE : Fond d'œil, date : joindre le compte-rendu

BILAN CARDIO-VASCULAIRE :

ECG DE REPOS : date : joindre le tracé

**AUTRES EXAMENS EFFECTUÉS EN FONCTION DES DONNÉES CLINIQUES (joindre les résultats)**

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> MAPA       | <input type="checkbox"/> Épreuve d'effort                      | <input type="checkbox"/> Scintigraphie myocardique |
| <input type="checkbox"/> holter ECG | <input type="checkbox"/> Écho Doppler cardiaque et/ou artériel | <input type="checkbox"/> Coronarographie           |

NB : le verso est utilisable pour tout renseignement utile qui n'aurait pas trouvé sa place au recto

# COMPTE-RENDU D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

Nom usuel			Date de naissance	..... / ..... / .....	
Prénom			Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

**ANTÉCÉDENT D'INTERVENTION OPHTALMOLOGIQUE :**

Date : \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_ Réfraction antérieure : \_\_\_\_\_

<p><b>ŒIL DROIT</b></p> <p>Acuité visuelle à 5 mètres sans correction : /10 avec correction : /10</p> <p>Acuité visuelle Parinaud 6 à 60 cm oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P = _____</p> <p>Acuité visuelle Parinaud 2 à 30 cm oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P = _____</p> <p>Correction actuelle (en dioptries) : _____</p> <p>Puissance réfractive sous cycloplégie :</p> <p>Port de lentilles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Réfraction stable : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Tonus :</p> <p>Biomicroscopie :</p> <p>1) Segment antérieur :</p> <p>2) Fond d'œil (verre à trois miroirs) : -État de la papille : -État du pôle postérieur : -État de la périphérie rétinienne :</p>	<p><b>ŒIL GAUCHE</b></p> <p>Acuité visuelle à 5 mètres sans correction : /10 avec correction : /10</p> <p>Acuité visuelle Parinaud 6 à 60 cm oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P = _____</p> <p>Acuité visuelle Parinaud 2 à 30 cm oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P = _____</p> <p>Correction actuelle (en dioptries) : _____</p> <p>Puissance réfractive sous cycloplégie :</p> <p>Port de lentilles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Réfraction stable : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Tonus :</p> <p>Biomicroscopie :</p> <p>1) Segment antérieur :</p> <p>2) Fond d'œil (verre à trois miroirs) : -État de la papille : -État du pôle postérieur : -État de la périphérie rétinienne :</p>
--	---

Acuité visuelle binoculaire à 5 mètres: sans correction : /10      avec correction : /10	Acuité visuelle binoculaire Parinaud 6 à 60 cm oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P = _____
Acuité visuelle binoculaire Parinaud 2 à 30 cm oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → P = _____	

Équilibre oculomoteur : (si abnormal, joindre un bilan orthoptique)	PPC :	Phories :
Champ visuel binoculaire normal :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	(joindre alors les copies des schémas)
Sens chromatique (tables d'Ishihara) normal :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

<p><b>DATE DE L'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE :</b></p> <p><b>NOM, TAMPON D'IDENTIFICATION ET SIGNATURE DU MÉDECIN OPHTALMOLOGUE QUI A PRATIQUÉ L'EXAMEN :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>RETOUR</b></p>
--

NB : le verso est utilisable pour tout renseignement utile qui n'aurait pas trouvé sa place au recto

---

## NOM de l'AeMC ou de l'AME (avec adresse)

Je soussigné Dr.....

- Médecin Chef/Directeur/Suppléant de l'AeMC de .....
- Médecin agréée de Classe 1
- Médecin agréé de Classe 2

Certifie que  Mr  Mme (nom/prénom) .....

Né(e) le.....

Candidat à l'obtention :

- d'un certificat médical de Classe 1
- d'un certificat médical de Classe 2
- d'un certificat médical de Classe LAPL (nécessaire pour le Brevet de base également)
- d'un certificat médical d'aptitude personnel d'essais et réceptions
- d'une attestation d'aptitude physique et mentale de membre d'équipage de cabine
- d'un certificat médical d'aptitude des parachutistes professionnels de l'aéronautique civile
- d'un certificat autre : précisez lequel : .....

A été examiné(e) ce jour, le.....

Et qu'il (elle) **ne répond pas** aux normes d'aptitude médicale prévues par :

- l'annexe IV PART-MED du règlement (UE) N° 1178/2011 de la Commission du 3 novembre 2011 modifié
- l'arrêté du 27 du janvier 2005 relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant technique professionnel de l'aéronautique civile (FCL 3) modifié
- l'arrêté du 29 août 2014 modifié relatif à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (personnels d'essais et de réceptions)
- l'arrêté du 05 avril 2023 relatif à l'aptitude physique et mentale du parachutiste professionnel de l'aéronautique civile

Son dossier est transmis au Pôle Médical de la DSAC/PN sous pli confidentiel médical.

Document remis en main propre au candidat (copie adressée au Pôle Médical).

Fait à ..... Le.....

Signature et cachet 



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE  
(généralités, délivrance et communication)**

Date de création : 27/11/2025

**P05 – CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE  
CLASSE 1, 2, LAPL et PNC**



Direction technique PN  
Pôle Médical

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE (généralités, délivrance et communication)

Date de création : 27/11/2025

- A l'issue d'une visite médicale d'aptitude, l'AME délivre au PN un certificat médical d'aptitude.
- **ORDRE NATIONAL DES MEDECINS/LES CERTIFICATS MEDICAUX/Octobre 2006**
  - CERTIFICAT ET SECRET PROFESSIONNEL

*Les certificats qui ne nécessitent pas l'énoncé d'un diagnostic ou aucun renseignement médical (certificat de grossesse, de non-contre-indication à la pratique d'un sport, de transport en ambulance, de vaccination...) ne soulèvent aucune difficulté au regard du secret professionnel.*

**MAIL du 17/01/2018 :** le CNOM a refusé la transmission d'une copie du carton de licence à l'employeur de manière systématique sans l'accord du PN.
- **ORDRE NATIONAL DES MEDECIN/ Courrier du 27/06/2017)**

*« Mise en œuvre en France de la réglementation européenne applicable aux personnels navigants de l'aéronautique ... le formulaire intitulé « certificat médical » devra donc porter la mention « certificat médical visé par le règlement N°1178/2011 dit Aircrew » pour tenir compte de la spécificité de ce certificat.*

### GENERALITES

- Il doit impérativement comporter :
  - La signature du titulaire et son numéro de licence ;
  - Le tampon d'identification du médecin avec son numéro d'agrément.
- Il est la propriété exclusive du titulaire qui devrait l'avoir sur lui ou à disposition immédiate quand il est en activité.
- Il est rempli uniquement en cas d'aptitude avec ou sans limitation(s).
- Il peut comporter des limitations médicales qui ne doivent figurer que sous la forme des acronymes européens à l'exception de la mention SSL qui peut être détaillée mais sans indication d'information médicale confidentielle.

### MODELE DE CERTIFICAT

Réservé



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## LIMITATIONS APPLICABLES

Date de création : 27/11/2025

### Extrait du règlement (UE) n°1178/2011 dit Aircrew

<b>TML</b>	Certificat médical avec période limitée de validité
<b>VDL</b>	Nécessité d'une correction optique pour la vision de loin lors des activités de contrôle + une paire de lunettes de secours à disposition.
<b>VML</b>	Nécessité d'une correction optique pour la vision de loin, intermédiaire et de près (cas des verres progressifs)
<b>VNL</b>	Nécessité d'une correction optique pour la vision de près + une paire de lunettes de secours à disposition.
<b>CCL</b>	Correction par lentilles de contact
<b>VCL</b>	Valable uniquement pour le vol de jour
<b>RXO</b>	Nécessité d'un examen ophtalmologique spécialisé dans le délai précisé
<b>SIC</b>	Examen(s) médical(aux) spécifique(s)
<b>HAL</b>	Valide uniquement avec port de prothèse auditive
<b>APL</b>	Valable uniquement avec une prothèse approuvée
<b>AHL</b>	Valable uniquement avec des commandes manuelles approuvées
<b>OML</b>	Limitation opérationnelle multi-pilote (classe 1 uniquement)
<b>OCL</b>	Valable uniquement en tant que copilote qualifié
<b>OSL</b>	Limitation avec pilote de sécurité (classe 2 et LAPL)
<b>OPL</b>	Limitation aux vols sans passagers (classe 2 et LAPL)
<b>ORL</b>	Limitation aux vols avec un second pilote qualifié à bord ou bien pas de passagers (classe 2 et LAPL)
<b>OAL</b>	Limité au type d'aéronef démontré
<b>SSL</b>	Toutes restrictions estimées utiles et particulières à mentionner. Exemples : port d'un casque audio - Surveillance AME avec rythmicité particulière – Surveillance avec toujours le même AME – Surveillance régulière par AeMC - etc. La nature de la restriction sera portée sur le certificat médical à côté de SSL.



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE  
Direction technique PN  
Pôle Médical

## GESTION DE LA DIMINUTION DE L'APTITUDE MEDICALE (MED.A.20)

Date de création : 27/11/2025

# P06 – INCAPACITE TEMPORAIRE MED.A.20



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## GESTION DE LA DIMINUTION DE L'APTITUDE MEDICALE (MED.A.20)

Date de création : 27/11/2025

Dans un certain nombre de situations cliniques et d'évènements médicaux, le Règlement (UE) n°1178/2011 dit Aircrew détaillant les conditions d'aptitude aéromédicales des Personnels Navigants impose que le PN sollicite l'AeMC (le CEMPN) ou l'AME (le médecin examinateur) ayant accordé l'aptitude médicale avant de pouvoir reprendre une activité de personnel navigant.

Certaines de ces situations pourront exiger une nouvelle visite médicale préalable à la reprise de l'activité aérienne. Le chapitre MED.A.020 du Règlement (UE) 1178/2011, reproduit ci-dessous, expose les situations nécessitant un contact médical et stipule qu'une information doit vous être délivrée.

### MED.A.020 – Diminution de l'aptitude médicale

- a) Les titulaires de la licence ne doivent en aucun cas exercer les privilèges de la licence lorsqu'ils/elles :
- 1- Ont connaissance d'une 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 ;
  - 3- Reçoivent un traitement médical, chirurgical ou autre susceptible d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence.
- b) En outre, les titulaires d'un certificat médical de personnel navigant sont tenus d'obtenir, sans délai et avant d'exercer les privilèges de leur licence, un avis aéromédical lorsqu'ils/elles :
- 1- Ont subi une opération chirurgicale ou une procédure invasive ;
  - 2- Ont entamé la prise régulière d'un médicament ;
  - 3- Ont souffert de lésions physiques graves engendrant une incapacité à exercer les privilèges de la licence ;
  - 4- Souffrent d'une maladie grave engendrant une incapacité à exercer les privilèges de la licence ;
  - 5- Sont enceintes ;
  - 6- Ont été admis(es) à l'hôpital ou dans une clinique ;
  - 7- Nécessitent une correction optique (lentilles/lunettes) pour la première fois.

Dans chacun des cas, l'AeMC ou l'AME doit évaluer l'aptitude médicale du titulaire de la licence de personnel navigant et déterminer son aptitude à reprendre l'exercice de ses privilèges.

En cas d'incapacité temporaire à la fonction de personnel navigant :

**1 - Le personnel navigant doit prévenir l'AME** par tout moyen au plus tôt.

Réserve

**2 - Il est demandé à l'AME de répondre au plus tôt à une sollicitation d'un PN.**

Réserve



D S A C

Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE DE RENVOI

Date de création : 27/11/2025

# P07 – PROCEDURE DE RENVOI



## PROCEDURE DE RENVOI

Date de création : 27/11/2025

Dans le cas où le candidat ne satisfait pas pleinement aux exigences d'aptitude médicale de la catégorie du certificat médical concerné mais que l'on estime qu'il n'est pas susceptible de compromettre l'exercice en toute sécurité des priviléges de la licence applicable, conformément aux paragraphes MED.B.001 et MED.A.050 du règlement n°1178/2011 dit Aircrew, l'AeMC ou l'AME doit faire appel à l'évaluateur médical de l'autorité de délivrance des licences dans le cadre d'une procédure de renvoi pour l'aptitude médicale de Classe 1 ou de concertation pour l'aptitude médicale de Classe 2.

Dans le cas des candidats à une aptitude médicale de Classe 1, l'AME ou l'AeMC informe le candidat de sa situation médico-administrative puis :

- Renvoie le dossier de la visite du candidat au médecin évaluateur de l'autorité de délivrance des licences qui prendra une décision sur l'aptitude et délivrera un certificat médical d'aptitude de Classe 1 avec ou sans limitation(s), ou bien une décision d'inaptitude.

Dans le cas des candidats à une aptitude médicale de Classe 2, l'AME ou l'AeMC informe le candidat de sa situation médico-administrative puis :

- Prend une décision d'aptitude, en concertation avec le médecin évaluateur du Pôle Médical, comme précisé dans la Part MED, en respectant une ou plusieurs limitations inscrites sur le certificat médical et ;
- Délivre le certificat médical d'aptitude, avec la ou les éventuelles limitations nécessaires, ou bien la décision d'inaptitude.

### 1 – Déclenchement de la procédure de renvoi

Pour déclencher la procédure de renvoi, l'AME ou l'AeMC :

- Remplit le formulaire de renvoi qui sera signé par l'AME et le PN ;
- Remet une copie de ce formulaire au PN en lui expliquant qu'il est inapte à ses fonctions dans l'attente de la décision du médecin évaluateur ;
- Envoie la copie de ce formulaire ainsi que la copie de la dernière visite au Médecin évaluateur le jour même par messagerie cryptée ou bien par courrier.

DGAC/DSAC  
Pôle Médical  
82, rue des Pyrénées  
75970 PARIS CEDEX 20

### 2 – Traitement du renvoi par le médecin évaluateur

Après étude du dossier de la visite d'aptitude, l'aptitude est évaluée, le médecin évaluateur peut, le cas échéant, demander un complément de visite chez un spécialiste.

Le PN est informé directement par le médecin évaluateur des suites données par courrier, avec copie à l'AeMC ou l'AME.

### 3 – Décision du Médecin Evaluateur

- Rédaction d'un PV médical et d'un PV administratif, argumentée en se référant au règlement n°1178/2011 dit Aircrew, et :
  - Si apte avec ou sans limitation(s), établissement du certificat médical d'aptitude ;
  - Si inapte, envoi d'un formulaire de recours ;
- Envoi des éléments administratifs liés au renvoi.
  - A l'AME ;
  - Au PN.



Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE DE RE COURS

Date de création : 27/11/2025

# P08 – PROCEDURE DE RE COURS EN CAS D'INAPTITUDE MEDICALE CLASSE 1, 2, LAPL ou PNC



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE POUR UNE DEMANDE DE RE COURS

Date de création : 27/11/2025

Vous avez été déclaré inapte par l'AeMC (centre aéromédical) et/ou un AME ou bien apte avec limitation(s). Cette inaptitude ou bien cette ou ces limitation(s) ont été confirmées par un médecin évaluateur du Pôle Médical et vous envisagez d'entamer une procédure de recours.

### 1 - LA DEMANDE DE RE COURS

Pour déclencher la procédure de recours, **le PN doit :**

- **Remplir le formulaire** de demande de recours transmis par le médecin Evaluateur ou l'AME ;
- **Envoyer le formulaire** de demande de recours au Pôle Médical, secrétariat médical du CMAC (Conseil Médical de l'Aéronautique Civile) dans un délai de deux mois suivant la date de notification de la décision du Médecin Evaluateur.

**Par courrier à :**

**Monsieur le Secrétaire du CMAC**  
**DGAC**  
**Pôle Médical**  
**82, rue des Pyrénées**  
**75970 PARIS CEDEX 20**

**Pour tout renseignement :** Secrétariat du CMAC

**Mail :** [pole-medical@aviation-civile.gouv.fr](mailto:pole-medical@aviation-civile.gouv.fr)



# **FORMULAIRE DE RECOURS AUPRES DU CONSEIL MEDICAL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE**

Date de création : 27/11/2025

Je soussigné(e),

**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

## **ADRESSE PERSONNELLE :**

#### **ADRESSE MAIL :**

## CORPS D'APPARTENANCE :

N° DE LICENCE :

#### **SERVICE D'AFFECTATION :**

N° DE TELEPHONE PROFESSIONNEL :

**N° DE TELEPHONE PERSONNEL :**

Déclare faire appel de la décision médicale prononcée le :

à

par le Docteur

- médecin agréé par la DSAC
  - médecin évaluateur de la DSAC

auprès du

**Conseil Médical de l'Aéronautique Civile  
82, rue des Pyrénées  
75970 PARIS CEDEX 20**

Par ailleurs j'autorise le secrétariat du CMAC à transmettre au médecin évaluateur une copie du procès-verbal médical et de l'expertise effectuée dans le cadre du recours pour surveillance et insertion dans le dossier médical de médecine d'expertise.

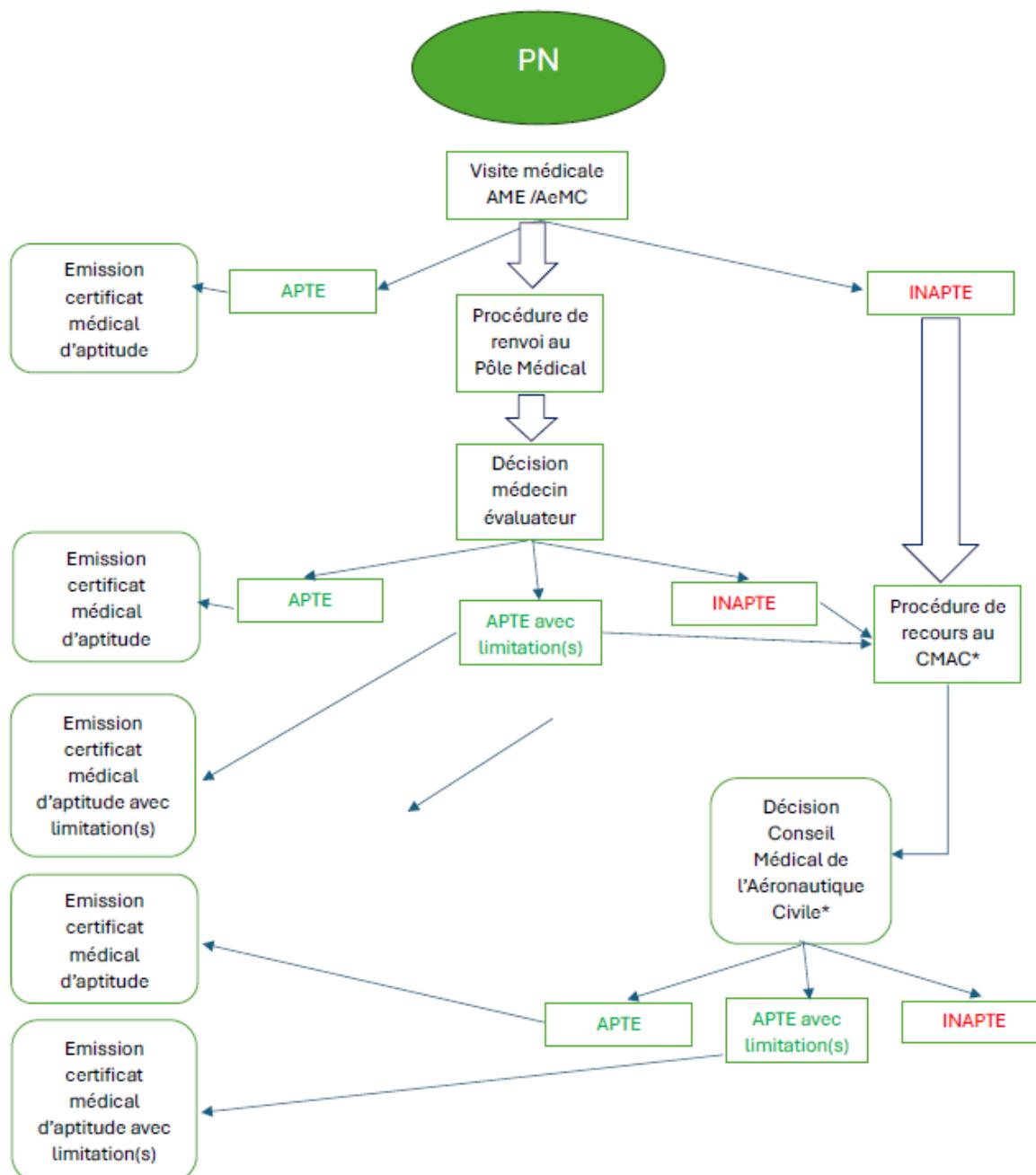
Fait à ..... le .....

### Signature

# LOGIGRAMME RECAPITULATIF RENOVIS ET RECOURS

Date de création : 27/11/2025

## LOGIGRAMME VISITES D'APTITUDES PN CLASSE 1, CLASSE 2, LAPL et PNC



\* : tout procédure de recours auprès du CMAC est laissée à l'initiative du PN



Direction technique PN  
Pôle Médical

## RECHERCHE DE TOXIQUES URINAIRES

Date de création : 27/11/2025

# P09 – PROCEDURE DE RECHERCHE DE TOXIQUES URINAIRES



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE  
Direction technique PN  
Pôle Médical

## CONDITIONS DE RECHERCHE DE TOXIQUES DANS LES URINES

Date de création : 27/11/2025

Réserve



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION CIVILE  
Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE AVEC PROPOSITIONS DE CONDUITE A TENIR EN CAS DE DEPISTAGE URINAIRE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES POSITIF

Date de création : 27/11/2025

Réserve



DIRECTION TECHNIQUE PN  
POLE MEDICAL

## SUIVI MEDICAL DES PERSONNELS NAVIGANTS

Date de création : 27/11/2025

# P10 – PROCEDURES DE SUIVI MEDICAL DES PERSONNELS NAVIGANTS



Direction technique PN  
Pôle Médical

## FORMULAIRE POUR UN RELEVE D'AUTO-MESURE TENSIONNELLE

Date de création : 27/11/2025

**NOM et Prénom :**

**Date de Naissance :**

### METHODE :

- Utiliser un appareil de bras avec brassard adapté
- Après un repos de plusieurs minutes
- En position assise avec :
  - 3 mesures le matin au petit déjeuner,
  - 3 mesures le soir avant le coucher,
  - 3 jours de suite (« règle des 3 »).

Les mesures étant espacées de quelques minutes.

### RELEVE DE MESURE :

	<b>MATIN</b>	<b>SOIR</b>
J1 .....		
J2 .....		
J3 .....		



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## QUESTIONNAIRE DE TRACABILITE RECOMMANDÉ POUR LE DEPISTAGE D'UNE CONSOMMATION D'ALCOOL

Date de création : 27/11/2025

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par mois ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 à 9
- (4) 10 ou plus

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- (0) Jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Une fois par mois
- (3) Une fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque



## ECHELLE DE SOMNOLENCE d'EPWORTH

Date de création : 27/11/2025

Johns MW (Sleep 1991 ; 14 :540-5) « A new method for measuring day time sleepiness : The Epworth Sleepiness Scale.Sleep ».

**La somnolence est la propension plus ou moins irrésistible à s'endormir si l'on n'est pas stimulé.**  
(Nb. Ce sentiment est très distinct de la sensation de fatigue qui parfois oblige à se reposer).

Le questionnaire suivant, qui sert à évaluer la somnolence subjective, est corrélé avec les résultats objectifs recueillis par les enregistrements du sommeil.

Prénom :	Nom :	Date de naissance :		
Date du test :	Ronflement ?	Oui	Non	

**Vous arrive-t-il de somnoler ou de vous endormir (dans la journée) dans les situations suivantes :**  
*Même si vous ne vous êtes pas trouvé récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment vous réagiriez et quelles seraient vos chances d'assoupissement.*

Notez **0** : si **c'est exclu**. « Il ne m'arrive jamais de somnoler : **aucune** chance,  
Notez **1** : si **ce n'est pas impossible**. « Il y a un petit risque » : **faible** chance,  
Notez **2** : si **c'est probable**. « Il pourrait m'arriver de somnoler » : chance **moyenne**,  
Notez **3** : si **c'est systématique**. « Je somnolerais à chaque fois » : **forte** chance.

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| - Pendant que vous êtes occupé à lire un document   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Devant la télévision ou au cinéma   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Assis inactif dans un lieu public (salle d'attente, théâtre, cours, congrès)  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Passager, depuis au moins une heure sans interruption, d'une voiture ou d'un transport en commun (train, bus, avion, métro) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Allongé pour une sieste, lorsque les circonstances le permettent  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - En position assise au cours d'une conversation (ou au téléphone) avec un proche   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Tranquillement assis à la table à la fin d'un repas sans alcool   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| - Au volant d'une voiture immobilisée depuis quelques minutes dans un embouteillage   | 0 | 1 | 2 | 3 |

**Total (de 0 à 24) :**

**En dessous de 8 : vous n'avez pas de dette de sommeil.**

- **De 9 à 14 : vous avez un déficit de sommeil, revoyez vos habitudes.**
- **Si le total est supérieur à 15 : vous présentez des signes de somnolence diurne excessive. Consultez votre médecin pour déterminer si vous êtes atteint d'un trouble du sommeil. Si non, pensez à changer vos habitudes.**

NB : Ce questionnaire aide à mesurer votre niveau général de somnolence, il n'établit pas un diagnostic. Apportez-le à votre médecin pour discuter avec lui des causes et des conséquences de ce handicap dans votre vie. <https://www.sommeil-mg.net> (Copyleft sous réserve de mentionner la source)

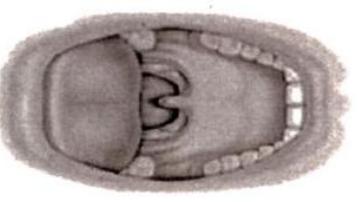
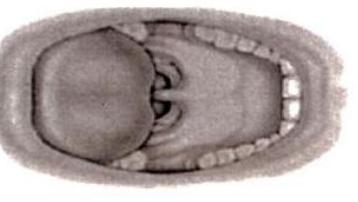
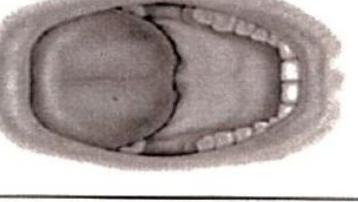
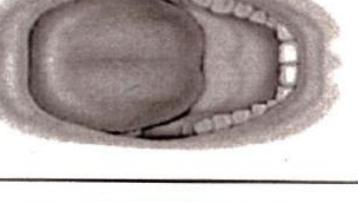
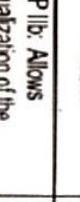
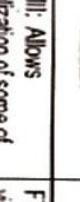
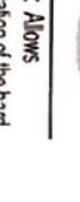
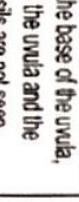
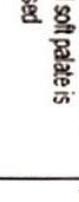
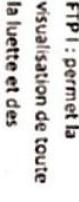
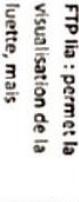
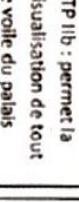
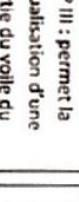
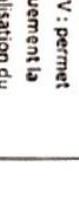
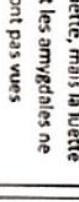
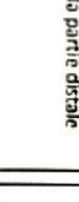
## SCORE FTP

Date de création : 27/11/2025

Le score FTP est une variante du score de Mallampati (utilisé comme test prédictif d'intubation difficile en anesthésie); contrairement au score de Mallampati, il s'effectue bouche ouverte et langue à l'intérieur de la cavité buccale, en position neutre, en demandant au patient d'ouvrir largement la bouche, sans tirer la langue.

Il s'effectue 5 fois de suite, la position la plus fréquente étant prise en compte, en effet la détermination précise du score ayant une grande importance.

Un score FTP III ou IV est en faveur d'un SAHOS.

Friedman (Natural Tongue Position)					
FTP I: Allows visualization of the entire uvula and tonsils or pillars					
FTP Ia : permet la visualisation de toute la luette et des amygdales ou des piliers amygdaliens					
FTP IIa : permet la visualisation de la luette, mais seulement une partie des amygdales est vue					
FTP IIb : permet la visualisation de tout le voile du palais jusqu'à la base de la luette, mais la luette et les amygdales ne sont pas vues					
FTP IIIa : permet la visualisation d'une partie du voile du palais, à l'exception de la partie distale					
FTP IIIb : permet la visualisation d'une partie du voile du palais, à l'exception de la partie distale					
FTP IVa : permet uniquement la visualisation du palais dur					
FTP IVb : permet uniquement la visualisation du palais dur					
FTP Va : permet uniquement la visualisation du palais dur					
FTP VIa : permet uniquement la visualisation du palais dur					
FTP VIb : permet uniquement la visualisation du palais dur					



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## QUESTIONNAIRE STOP-BANG

Date de création : 27/11/2025

STOP-BANG (BE-fre) 22MAY2015 FINAL

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Date du test :

### RONFLEMENTS

**OUI - NON**

**Ronflez-vous fort** (suffisamment fort pour qu'on vous entende à travers une porte fermée ou que votre partenaire vous donne des coups de coude parce que vous ronflez la nuit) ?

### FATIGUE

**OUI - NON**

Vous sentez-vous souvent **fatigué(e), épuisé(e)** ou **somnolent(e)** pendant la journée (comme par exemple s'endormir au volant) ?

### OBSERVATION

**OUI - NON**

Quelqu'un a-t'il **observé** que vous **arrêtez de respirer** ou que **vous étouffiez/suffoquez** pendant votre sommeil ?

### TENSION

**OUI - NON**

Etes-vous atteint(e) d'**hypertension artérielle** ou êtes-vous traité(e) pour ce problème ?

### INDICE DE MASSE CORPORELLE

**OUI - NON**

**Indice de masse corporelle supérieur à 35 kg/m<sup>2</sup> ?**

### AGE

**OUI - NON**

**Age supérieur à 50 ans ?**

### TOUR DE COU IMPORTANT (mesuré au niveau de la pomme d'Adam)

**OUI - NON**

Pour les hommes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 43 cm ?  
Pour les femmes, votre tour de cou est-il supérieur ou égal à 41 cm ?

### SEXE

**OUI - NON**

**Masculin ?**

## **CRITERES DE COTATION :**

**Pour la population générale :**

**Faible risque d'AOS (apnée obstructive du sommeil) :**

Réponse « OUI » à 0-2 questions

**Risque moyen d'AOS :**

Réponse « OUI » à 3-4 questions

**Risque élevé d'AOS :**

Réponse « OUI » à 5-8 questions

Ou « OUI » à au moins 2 des 4 premières questions + sexe masculin

Ou « OUI » à au moins 2 des 4 premières questions + IMC 35 kg/m<sup>2</sup>

Ou « OUI » à au moins 2 des 4 premières questions + tour de cou (43 cm chez l'homme, 41 cm chez la femme)

*Propriété de University Health Network, pour de plus amples informations : [www.stopbang.ca](http://www.stopbang.ca).*

*Adapté de Chung F et al. Anesthesiology 2008 ; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth 2012 ; 108:768-75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014.*



D S A C

Direction technique PN  
Pôle Médical

## QUESTIONNAIRE DE BERLIN

Date de création : 27/11/2025

Prénom :	Nom :	Date de naissance :
Date du test :		
Taille (m)	Poids (kg)	Age _____ Homme/Femme

Veuillez entourer la réponse correspondant à chaque question.

<p><b>CATEGORIE 1</b></p> <p>1. <b>Ronflez-vous ?</b> a. Oui b. Non c. Je ne sais pas</p> <p><i>Si vous ronflez :</i></p> <p>2. <b>Votre ronflement est :</b> a. Légèrement plus fort que la respiration b. Fort comme la parole c. Plus fort que la parole d. Très fort – s'entend d'une pièce voisine</p> <p>3. <b>Fréquence des ronflements :</b> a. Presque tous les jours b. 3-4 fois/semaine c. 1-2 fois/semaine d. 1-2 fois/mois e. Jamais ou presque jamais</p> <p>4. <b>Votre ronflement gêne-t-il les autres ?</b> a. Oui b. Non c. Je ne sais pas</p> <p>5. <b>Quelqu'un a-t-il remarqué que vous arrêtez de respirer pendant votre sommeil ?</b> a. Presque tous les jours b. 3-4 fois/semaine c. 1-2 fois/semaine d. 1-2 fois/mois e. Jamais ou presque jamais</p>	<p><b>CATEGORIE 2</b></p> <p>6. <b>Vous sentez-vous souvent fatigué ou épuisé après avoir dormi ?</b> a. Presque tous les jours b. 3-4 fois/semaine c. 1-2 fois/semaine d. 1-2 fois/mois e. Jamais ou presque jamais</p> <p>7. <b>A l'état éveillé, vous sentez-vous fatigué, épuisé ou pas en forme ?</b> a. Presque tous les jours b. 3-4 fois/semaine c. 1-2 fois/semaine d. 1-2 fois/mois e. Jamais ou presque jamais</p> <p>8. <b>Vous êtes-vous déjà assoupi ou endormi en conduisant un véhicule ?</b> a. Oui b. Non</p> <p><i>Si oui :</i></p> <p>9. <b>Avec quelle fréquence cela se produit-il ?</b> a. Presque tous les jours b. 3-4 fois/semaine c. 1-2 fois/semaine d. 1-2 fois/mois e. Jamais ou presque jamais</p>
<p><b>CATEGORIE 3</b></p> <p>10. <b>Etes-vous hypertendu ?</b> a. Oui b. Non c. Je ne sais pas</p>	

## **NOTATION DU QUESTIONNAIRE DE BERLIN :**

Adapté de : Tableau 2 de Netzer, et al., 1999. (Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. *Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome*. Ann Intern Med. 1999 Oct 5;131(7):485-91).

Le questionnaire comprend 3 catégories relatives au risque d'apnée du sommeil. Les patients seront classés comme à haut risque ou à faible risque en fonction de leurs réponses à chaque question et de leur note générale dans chacune des catégories de symptômes.

### **CATEGORIES ET NOTATIONS :**

#### **Catégorie 1** : Questions 1, 2, 3, 4 et 5

Question 1 : Si « **OUI** », notez **1 point**.

Question 2 : Si la réponse est « **c** » ou « **d** », notez **1 point**.

Question 3 : Si la réponse est « **a** » ou « **b** », notez **1 point**.

Question 4 : Si la réponse est « **a** », notez **1 point**.

Question 5 : Si la réponse est « **a** » ou « **b** », notez **2 points**.

**Ajoutez les points. La catégorie 1 est positive si le score total est de 2 points ou plus.**

#### **Catégorie 2** : Questions 6, 7 et 8 (la question 9 devra être posée séparément).

Question 6 : Si la réponse est « **a** » ou « **b** », notez **1 point**.

Question 7 : Si la réponse est « **a** » ou « **b** », notez **1 point**.

Question 8 : Si la réponse est « **a** », notez **1 point**.

**Ajoutez les points. La catégorie 2 est positive si le score total est de 2 points ou plus.**

**La catégorie 3 est positive si la réponse à la question 10 est « Oui » **OU** si l'IMC du patient est supérieure à 30 kg/m<sup>2</sup>.**

(L'IMB doit être calculé. Il se définit comme le poids (kg) divisé par la taille (m) au carré, c.-à-d., kg/m<sup>2</sup>).



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical**ECHELLE MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) – ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM**

Date de création : 27/11/2025

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Date du test :

**1) Tristesse apparente**

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 3
- 4 Parait triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

**2) Tristesse exprimée**

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

**3) Tension intérieure**

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

0 Dort comme d'habitude.

1

2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.

3

4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.

5

6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

0 Appétit normal ou augmenté.

1

2 Appétit légèrement réduit.

3

4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.

5

6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

0 Pas de difficulté de concentration.

1

2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.

3

4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.

5

6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficultés.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.

1

2 Difficultés à commencer des activités.

3

4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.

5

6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.

1

2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

- 5  
6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et l'impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.  
1  
2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.  
3  
4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.  
5  
6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.  
1  
2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.  
3  
4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.  
5  
6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

Références :

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, M. Bouvard, J. Cottraux, Ed. Masson 2002.

Consultation en gériatrie L. Hugonot-Diener, Ed. Masson, Consulter Prescrire 2001.

Date	GRILLE DE LECTURE DE L'ECG		DR :																																						
<b>LE PATIENT :</b> Nom & Prénom : Age : Sexe :		<b>CONTEXTE CLINIQUE</b> ECG de référence du ..... Modifié <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Traitement : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Tabac : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON																																							
<b>Onde P &gt; 0 en D2</b> <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON																																									
<b>-FREQUENCE :</b> ..... b/mn Entre 50 & 100mn <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		<b>ESPACE PR</b> Largeur : .....ms PR < 120ms <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PR > 200ms <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON PR constant <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON																																							
<b>-RYTHME :</b> Régulier : <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <b>-Espace QT :</b> > 440ms <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <b>-ONDES P :</b> P2 > 2,5mm <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON P > 120ms <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Présence ondes P sinusale <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Onde P ectopique <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Chaque onde P est suivie de QRS <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Leur morphologie est normale <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON		<b>ONDE Q</b> Largeur > 40ms ou <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Profonde > 1/3 qRs																																							
<b>QRS</b> Largeur: .....ms Axe : .....° Axe QRS entre 0° et 90° <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Largeur QRS < 120ms <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Leur morphologie est normale <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Amplitude de SV1 : ..... (<20mm) <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Amplitude de RV5 : ..... (<25mm) <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON Somme SV1 + RV5 : ..... (≥35mm) <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>SEGMENT ST</b> Sus décalé <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sous-décalé <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON																																							
		<b>ONDE T</b> Symétriques et géantes : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Négatives <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON																																							
<b>SYNTHESE</b> <table border="0"> <tr> <td>ECG sinusal <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON</td> <td>Sans anomalie de rythme ni de la conduction <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Extra-systoles <input type="checkbox"/> Supraventriculaires</td> <td><input type="checkbox"/> Ventriculaires</td> <td>Caractéristiques :</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Troubles du rythme <input type="checkbox"/> Bradycardie</td> <td><input type="checkbox"/> Tachycardie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Troubles de la conduction <input type="checkbox"/> BAV 1</td> <td><input type="checkbox"/> BAV2 Luciani/Wenchebach</td> <td><input type="checkbox"/> BAV2 Mobitz <input type="checkbox"/> BAV3</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> Bloc sino-auriculaire <input type="checkbox"/> BBD complet</td> <td><input type="checkbox"/> BBG</td> <td>Autres :</td> </tr> <tr> <td>Hypertrophie ventriculaire gauche <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">Autres Hypertrophies (VD, auriculaires D ou G) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ECG sans trouble de la repolarisation/dépolarisation significatif <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON</td> <td colspan="3">si NON, précisez :</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Syndrome coronarien : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td><input type="checkbox"/> ST+</td> <td><input type="checkbox"/> ST-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				ECG sinusal <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Sans anomalie de rythme ni de la conduction <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Extra-systoles <input type="checkbox"/> Supraventriculaires	<input type="checkbox"/> Ventriculaires	Caractéristiques :	.....			Troubles du rythme <input type="checkbox"/> Bradycardie	<input type="checkbox"/> Tachycardie		Troubles de la conduction <input type="checkbox"/> BAV 1	<input type="checkbox"/> BAV2 Luciani/Wenchebach	<input type="checkbox"/> BAV2 Mobitz <input type="checkbox"/> BAV3	.....	<input type="checkbox"/> Bloc sino-auriculaire <input type="checkbox"/> BBD complet	<input type="checkbox"/> BBG	Autres :	Hypertrophie ventriculaire gauche <input type="checkbox"/>	Autres Hypertrophies (VD, auriculaires D ou G) <input type="checkbox"/>			ECG sans trouble de la repolarisation/dépolarisation significatif <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	si NON, précisez :			.....				Syndrome coronarien : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ST+	<input type="checkbox"/> ST-		Autres :			
ECG sinusal <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	Sans anomalie de rythme ni de la conduction <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON																																								
Extra-systoles <input type="checkbox"/> Supraventriculaires	<input type="checkbox"/> Ventriculaires	Caractéristiques :																																							
.....																																									
Troubles du rythme <input type="checkbox"/> Bradycardie	<input type="checkbox"/> Tachycardie																																								
Troubles de la conduction <input type="checkbox"/> BAV 1	<input type="checkbox"/> BAV2 Luciani/Wenchebach	<input type="checkbox"/> BAV2 Mobitz <input type="checkbox"/> BAV3																																							
.....	<input type="checkbox"/> Bloc sino-auriculaire <input type="checkbox"/> BBD complet	<input type="checkbox"/> BBG	Autres :																																						
Hypertrophie ventriculaire gauche <input type="checkbox"/>	Autres Hypertrophies (VD, auriculaires D ou G) <input type="checkbox"/>																																								
ECG sans trouble de la repolarisation/dépolarisation significatif <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	si NON, précisez :																																								
.....																																									
Syndrome coronarien : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> ST+	<input type="checkbox"/> ST-																																							
Autres :																																									

## Principaux éléments d'orientation

ECG Interprétable

Lisible

Calibrage : vitesse 25mm/s  
1cm = 1mV

P négatif en D2 : inversion des fils ?

## TROUBLES DU RYTHME & DE LA CONDUCTION

### TACHYCARDIE

-QRS Fins = SUPRAVENTRICULAIRE → REGULIERE (Tachycardie jonctionnelle, Flutter, TSA ...)

→ IRREGULIERE (ACFA, ...)

-QRS LARGE → VENTRICULAIRES → Tachycardie ventriculaire (REGULIERE)

→ SUPRAVENTRICULAIRE : mêmes causes que celles à QRS fins + Bloc Branche (REGULIERE ou NON)

Largeur QRS

### TROUBLES DE LA CONDUCTION

-BSA complet : Pas d'onde P

-BAV Mobitz II : Plus de P que QRS

-BAV Complet : P & QRS dissociés

-BB Gauche (QRS $\geq$ 120ms, RR' en V5V6, Q raboté et T – en V5V6)

-BB Droit (QRS $\geq$ 120ms, RSR' en V1V2 et T – en V1V2)

-Fréquence

-Rythme

-Onde P ?

-Lien avec QRS

## HYPERTROPHIE CARDIAQUE

### HYPERTROPHIE AURICULAIRE

HAD : P2 > 2,5mm

Forme pointue

HAG : P $\geq$ 120ms

Forme bifide

### HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE

HVD : axe QRS>90°

R exclusif ou Rs en V1

S V5V6 fine et profonde

T – en V1V2

HVG : Axe QRS <0°

Sokolow>35mm

## SYNDROMES CORONARIENS

### ONDES T

-POSITIVES, Symétriques, pointues, amples (géantes)

-NEGATIVES ou PLATES

### SEGMENT ST

-SUS DECALAGE :  $\geq$  2mm (précordiales)

$\leq$  1mm (standards)

→ Recherche « image en miroir »

-Sous-decalage ( $\geq$  1mm)

### ONDES Q

Large (40ms)

OU

Profonde ( $>$  1/3R)

#### Attention :

- dans HVG : possibilité de troubles de la repolarisation en V5V6 (surtout T-)
- dans BBG, troubles de la repolarisation difficilement interprétable)
- dans péricardite, anomalies diffuses de la dé/repolari

#### Territoires systématisés ?

(au moins présents dans 2 dérivations concordantes)

-Antéro septal : V1, V2, V3, V4

-Latéral bas : V5, V6

-Latéral haut : D1, AvL

-Inférieur : D2, D3, aVF

-Postéro basal : V7, V8, V9

-Droit : V1, V2, V3R, V4R



D S A C

Direction technique PN  
Pôle Médical

## OPHTALMOLOGIE

Date de création : 27/11/2025

# P10 - OPHTALMOLOGIE



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## NORMES OPHTALMOLOGIQUES D'APTITUDE DU REGLEMENT EUROPEEN

Date de création : 27/11/2025

Réservé



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE DE DEMANDE D'EXAMEN SPECIALISE

Date de création : 27/11/2025

Réservé



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE DE CHIRURGIE REFRACTIVE

Date de création : 27/11/2025

Réservé



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE TEST ISHIHARA

Date de création : 27/11/2025

Réservé



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## FORMULAIRE DE TRACABILITE DES RESULTATS DU TEST ISHIHARA (à remplir en cas d'anomalies)

Date de création : 27/11/2025

Réservé



DSAC

Direction technique PN  
Pôle Médical

## PROCEDURE REALISATION TNO

Date de création : 27/11/2025

Réservé