

Rapport d'examen médical pour candidats <input type="checkbox"/> Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/> Classe 3								
(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille (cm)	(203) Poids (kg)	(204) Couleur des yeux :	(205) Couleur de cheveux :	(206) Tension artérielle (assis) (mmHg)		(207) Pouls au repos	
					Systolique	Diastolique	Pulsations (bpm)	Rythme <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
Examen clinique : Cochez chaque item			normal	anormal			normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(209) Bouche, gorge, dentition, voix, parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(210) Nez, sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) Système génito-urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(213) Yeux – pupilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculo-squelettique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(214) Yeux – mobilité oculaire, nystagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(215) Poumons, thorax, seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(216) Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, système lymphatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(217) Système vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.								

Acuité visuelle

(229) Vision de Loin Sans correction Lunettes Contact

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

(230) Vision Intermédiaire sans correction avec correction

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

(231) de près sans correction avec correction

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

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui Non Oui Non

Type : Type :

Réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Addition
Œil droit				
Œil gauche				

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Test ISHIHARA Nbre de tables présentées Nbre d'erreurs

Ou autre test :
Résultat :

(234) Audition (si n°239/241 non réalisés)

	Oreille droite	Oreille gauche				
Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

Commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date et lieu :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :	Numéro certificat agrément d'AME :
Signature du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé :	Email : Téléphone : Fax :	

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV % g/dl

Normal Anormal Normal Anormal

Rapports annexés

	Non réalisé	Date	normal	anormal
(238) ECG	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(241) Examen ORL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(242) Lipides sanguins	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(243) Fonction respiratoire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tonométrie D : G : mmHg	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divers (toxiques):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(235) Analyse d'urines Normal Anormal

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

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

Nom du demandeur :	Date de naissance :	N° Licence :
.....
APTE pour la classe		
<input type="checkbox"/> Certificat médical délivré par le médecin signataire (pièce jointe) pour la classe		
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe		
<input type="checkbox"/> Renvoi pour une évaluation complémentaire. Dans l'affirmative, pourquoi et indiquer le destinataire :		
(248) Commentaires, limitations :		