



CERTIFICAT D'APTITUDES PHYSIQUES ET PSYCHIATRIQUES DES CANDIDATS PARACHUTISTES

Le présent certificat doit être établi depuis moins de six mois à la date du prochain saut.
Le candidat et le médecin consultant prennent connaissance des dispositions réglementaires figurant au dos.

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Je soussigné.e, Docteur en Médecine,

--- Goffin Manon ---

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom : Duré -----

Prénom : Patrick -----

Je déclare avoir pris connaissances des
contre-indications décrites au verso de
ce certificat, et après examen, analyse et
avis spécialisé si besoin, je déclare que
l'intéressé.e :

☐ présente

☒ ne présente pas

de contre-indication connue à la
pratique du parachutisme sous voile
ronde.

Fait à Bouillon -----

Le 20 / 10 / 2025 -----

Signature et cachet du Médecin consultant :

Dr Goffin Manon
Allée de la paroisse 21
6830 Bouillon
1-8166615-004
Tel: 061/860.300

CADRE RESERVE AU CANDIDAT PARACHUTISTE

Je soussigné.e,

Nom : DURÉ -----

Prénom : PATRICK -----

Né.e le : 02 / 08 / 1961 -----

A : MONS -----

Adresse actuelle : 26 rue de la -----

Passerelle -----
6830 FRAHAN (Bouillon) -----

☒ Déclare avoir conscience que le parachutisme
est une activité à risques. *

☒ Déclare avoir pris connaissance des risques
liés à cette activité et des conditions d'aptitudes
physique et psychiatrique nécessaires. *

☒ Déclare n'avoir dissimulé aucune information
médicale me concernant au médecin
consultant. *

☒ M'engage à signaler toute modification de
mon état de santé qui surviendrait entre la
rédaction de ce certificat et la date de saut. *

*Les 4 ☐ doivent étre cochés sous peine de nullité

Fait à FRAHAN -----

Le 20 / 10 / 2025 -----

Signature du candidat parachutiste :

CONDITIONS D'APTITUDES PHYSIQUES ET PSYCHIATRIQUES POUR LES CANDIDATS PARACHUTISTES

Le saut parachutiste avec voile ronde de type militaire se déroule comme suit :

CADRE RESERVE AU MEDECIN CONSULTANT

Ce document m'a bien été
présenté par le patient.

Dr Goffin Manon
Allée de la paroisse 21
6830 Bouillon
1-8166615-004
Tel: 0617860.300

*Signature et cachet du Médecin
obligatoires*

- 1°) Instruction au sol nécessitant une bonne compréhension et restitution des cours
- 2°) Equipement avec port d'un parachute dorsal et d'un parachute ventral (parachute de secours) représentant une charge de 20 kilos
- 3°) Montée en avion et prise de hauteur de plusieurs centaines de mètres avec une mise en stress réactionnelle aboutissant à une tachycardie et une montée de la pression artérielle
- 4°) Sortie d'avion, moment ultime de la décharge d'adrénaline
- 5°) Ouverture de la voile principale et navigation sous voile
- 6°) Si incident d'ouverture du parachute dorsal : nécessité de réagir très rapidement pour ouvrir le parachute ventral (parachute de secours), d'où impérieuse nécessité vitale d'une capacité à réagir sans délai, tant psychique que physique
- 7°) Arrivée au sol avec impact à la vitesse verticale approximative de 5 mètres/seconde et roulé boulé

LES CONTRE-INDICATIONS RESULTANTES SONT :

1°) Celles pouvant aboutir à la perte de connaissance du parachutiste en vol :

- Épilepsie
- Diabète insulino-dépendant (c'est à dire qui utilise de l'insuline seule pour traiter son diabète)
- Coronaropathie et artériopathie (infarctus du myocarde, pontage, stents...)
- Troubles du rythme graves (ayant abouti à un malaise, une hospitalisation, une prise en charge aux urgences)
- Hypertension déséquilibrée, troubles du rythme : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Tout antécédent de pertes de connaissance à répétition

2°) Celles pouvant aboutir à une non-observance des mesures à suivre :

- Patient avec diminution des capacités cognitives supérieures (débilité même légère, maladie d'Alzheimer...)
- Antécédents psychiatriques avec troubles de la personnalité ou du comportement (avis spécialisé demandé)
- Antécédent de tentative de suicide
- Syndrome dépressif : contre-indication relative (avis spécialisé demandé)
- Consommation d'alcool excessive (bilan biologique compatible indispensable)
- Toxicomanie
- Tout déficit musculaire ou neurologique
- Vertiges rotatoires (Ménière, VPB)

3°) conditions exposant à des conséquences gravissimes si mauvaise réception :

- Obésité avec IMC supérieur à 35 ou Maigreux avec IMC inférieur à 18,5
- Antécédent de fracture du rachis avec déplacement du mur antérieur
- Ostéosynthèse du rachis
- Tassement vertébral, fractures non déplacées : avis spécialisé préconisé
- Ostéoporose, ostéomalacie (ou fragilité osseuse anormale suite à traitements médicamenteux prolongés)
- Prothèse de hanche, genou
- Scoliose grave (c'est à dire avec angle de Cobb supérieur à 15°)
- Antécédent de trauma crânien avec perte de connaissance
- Prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires, troubles de l'hémostase (bilan biologique indispensable)
- Grossesse
- Chirurgie récente (avis spécialisé demandé)

LES EXAMENS ET AVIS COMPLEMENTAIRES PRECONISES SONT :

- Avis spécialisé cardiologique avec épreuve d'effort, datant de moins de 5 ans, pour les patients à partir de 45 ans
- Avis spécialisé psychiatrique si syndrome dépressif
- Bilan biologique avec : glycémie à jeun, HBA1C, bilan hépatique, dosage des CDT, bilan de coagulation
- Si scoliose : radiographies du rachis dorso-lombaire avec mesure de l'angle de Cobb


Liste non exhaustive. Le médecin consultant est libre de compléter le bilan en fonction de ses données personnelles



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : DURET PRENOM : PATRICK
NUMERO DE TELEPHONE : 0032 479 16 30 46
ADRESSE EMAIL : patrick.duret@gmail.com

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez <u>CELVICALE en 2007</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand <u>2020</u> localisation <u>Pieds droit</u> • Luxation : quand _____ localisation _____	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez <u>DIABETE</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	<input type="radio"/> OUI <input checked="" type="radio"/> NON

Je soussigné(e) (nom/prénom) DURET Patrick certifie sur l'honneur
l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à FRANCAIS le 20/10/2021 signature : 

Cons cardio - Dr MORANDINI Emmanuel
Libramont, le 10 février 2025

Destinataire : Docteur GOFFIN MANON

Cher confrère,

J'ai examiné ce jour à mon cabinet de consultation de cardiologie à Libramont le 10/02/2025 votre patient monsieur DURET Patrick, né le 02/08/1961 pour Bilan cardiaque

Antécédents médicaux :

diabète

Antécédents chirurgicaux :

cervicales

Antécédents familiaux:

pas de cardiaque

Facteurs de risque :

diabète traité depuis 2020

Affection actuelle :

triathlon dans les années 90 RAS

diabète

jogging RAS 3x 1 h semaine endurance lente

rando de 2 h

Hyperuricémie et crise de goutte

Traitement en cours :

metformine 3/ 500 mg

glurenorm 3/j

Examen clinique :

Poids : 92 kg. Taille : 165 cm. BMI : 33.79 kg/m². Tension artérielle

debout : 140/80 mmHg. Pouls : 77 Auscultation cardiaque normale.

Auscultation pulmonaire normale. Abdomen : Abdomen pléthorique, souple

dépressible. Pas de viscéromégalie évidente à la palpation. Pouls

périphériques : Pouls pédiens et tibiaux postérieurs présents

bilatéralement.

Les artères radiales sont palpées .

Echographie cardiaque :

Dynamique globale conservée. Fraction d'éjection estimée à >60 %. Dynamique régionale : normale. Ventricule gauche non dilaté. Pattern mitral normal.

Pas de signes d'hypertension artérielle pulmonaire. Péricarde normal.

Veine cave inférieure non dilatée .

Aorte abdominale: normale.

Aorte thoracique : normale.

Septum interauriculaire : normal.

Aorte ascendante mesurée à 43 mm anneau aortique 38 mm oreillette gauche

41 mm.

Dynamique segmentaire du ventricule gauche homogène très discrète

insuffisance valvulaire aortique sur une valve tricuspide la fuite ne dépasse pas la chambre de chasse du ventricule gauche.

Pattern mitral normales avec un rapport E/A = 0,6.

Aorte abdominale et crosse de l'aorte non dilatée.

Electrocardiogramme:

Electrocardiogramme normal. Rythme sinusal régulier à 77 / minute

Epreuve d'effort :

Le test d'effort réalisé ce jour (paliers de 25 watts / minute avec une charge de départ de 50 watts) a permis d'atteindre la charge de 150 watts, et une fréquence cardiaque maximale de 132/minute = 82 % de la fréquence maximale théorique. La tension artérielle maximale était de 200/80 mm Hg. Cet effort peut être considéré comme maximal pour l'âge et le sexe. Examen cliniquement négatif et électriquement négatif. Pas d'arythmie objectivée à l'effort ni en récupération.

En conclusion :

Pas d'argument pour une cardiopathie ischémique évolutive menaçante au vu des examens réalisés ce jour.

Patient à considérer comme étant risque cardiovasculaire au vu du diabète de type II traité.

Contrôle électif en 2027.

Rosuvastatine prescrit ce jour.

Merci de prévoir un bilan lipidique de contrôle à trois mois LDL cible de l'ordre de 55 mg/dl.

Traitement :

rosuvastatine 20 mg

Coversyl 5 mg 1/2 comprimé prescrit au vu de la tension artérielle 140/80 mmHg au repos cardio et nephro protection

Nb : Ce compte-rendu a été généré avec un logiciel de reconnaissance vocale. Veuillez, s'il-vous-plaît, en excuser les éventuelles imperfections de syntaxe, d'orthographe et de mise en page.

Confraternellement,

Dr Emmanuel MORANDINI.

CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE (LABORATOIRE)
Avenue d'Houffalize, 35
6800 Libramont-Chevigny
Tél.:
Fax.:

PATRICK GILBERT DURET (61080214961)
Date du labo : 23/04/2025
Date de la demande : 22/04/2025
Demandeur : : LY00147778GOFFIN MANON

Analyse	Résultat	Unité	Valeurs de référence	Heure
HEMATOLOGIE				
Cytologie				
HEMOGLOBINE	15,2	g/dl	13,0 - 17,0	
ERYTHROCYTE	4,90	millions/mm3	4,5 - 6,5	
HEMATOCRITE	44,1	%	40,0 - 54,0	
MCV	90	fl	85,0 - 95,0	
MCH	31,0	pg/cel	26,0 - 31,0	
MCHC	34,5	g/dl	32,0 - 36,0	
Globules blancs	6,3	x1000/mm3	4,0 - 10,0	
NEUTROPHILES	3,29	x1000/mm3	2,0 - 7,5	
Eosinophiles	0,13	x1000/mm3	0,0 - 0,6	
BASOPHILES	0,03	x1000/mm3	0,0 - 0,2	
LYMPHOCYTES	2,37	x1000/mm3	1 - 4,0	
MONOCYTES	0,48	x1000/mm3	0,2 - 1,0	
Biochimie hématologique				
FER	138	µl	65,0 - 175,0	
FERRITINE	257	µg/L	22,0 - 322,0	
VITAMINE B12	291	ng/l	187,0 - 883,0	
ACIDE FOLIQUE SERIQUE	5,2	µg/L	3,5 - 20,5	
HEMOSTASE - COAGULATION				
Hémostase primaire				
PLAQUETTES	232	x1000/mm3	150,0 - 400,0	
BIOCHIMIE SANGUINE				
Métabolisme glucidique				
GLUCOSE A JEUN	+ 117	mg/dL	70,0 - 100,0	
Hb A1c (IFCC)	+ 44		< 42,0	
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	+ 6,2	%	< 6,0	
Biochimie générale				
CREATININE	0,91	mg/dL	0,7 - 1,2	
Taux de filtration glomérulaire (MDRD)	> 60	ml/min	> 60	

CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE (LABORATOIRE)
Avenue d'Houffalize, 35
6800 Libramont-Chevigny
Tél.:
Fax.:

PATRICK GILBERT DURET (61080214961)
Date du labo : 23/04/2025
Date de la demande : 22/04/2025
Demandeur : : LY00147778GOFFIN MANON

Analyse	Résultat	Unité	Valeurs de référence	Heure
<p>La formule MDRD2 n'est pas validée : - pour les personnes âgées de plus de 70 ans, - les patients obèses, dénutris, amputés, ... - les patients instables (soins intensifs, dialyse, ...)</p>				
ACIDE URIQUE	+ 8,00	mg/dL	2,0 - 7,0	
	Taux souhaitable : <6 mg/dL (recommandation EULAR)			
PROTEINES TOTALES	73,0	g/l	58,0 - 80,0	
BILIRUBINE Totale	0,42	mg/dL	0,3 - 1,1	
BILIRUBINE Directe	0,18	mg/dL	0,1 - 0,5	
Ionogramme				
SODIUM	140	mmol/l	135,0 - 145,0	
POTASSIUM	+ 5,41	mmol/l	3,5 - 5,2	
CALCIUM	2,38	mmol/l	2,12 - 2,62	
CHLORURES	103,0	mmol/l	95,0 - 110,0	
ENZYMES				
SGOT	33	U/L	5,0 - 42,0	
SGPT	+ 41	U/L	5,0 - 40,0	
Y-GT	42	U/L	12 - 64	
LIPIDES				
CHOLESTEROL TOTAL	- 118	mg/dL	120,0 - 190,0	
HDL-CHOLESTEROL	53	mg/dL	46,0 - 180	
RAPPORT CHOLESTEROL TOTAL:CHOLESTEROL HDL	2,2		< 4,5	
LDL-Cholesterol	43	mg/dL	< 115,0	
	Si patient à risque élevé : <100 mg/dL			
	Si patient à risque très élevé : <70 mg/dL			
RAPPORT LDL:HDL	- 0,8		1,0 - 3,0	
Cholestérol non-HDL	65	mg/dL=		
	Si patient à risque élevé : <130 mg/dL			
	Si patient à risque très élevé : <100 mg/dL			
TRIGLYCERIDES	108	mg/dL	< 150,0	
PROTEINES SPECIFIQUES				
CRP	< 1	mg/l	< 10,0	

CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE (LABORATOIRE)
Avenue d'Houffalize, 35
6800 Libramont-Chevigny
Tél.:
Fax.:

PATRICK GILBERT DURET (61080214961)
Date du labo : 23/04/2025
Date de la demande : 22/04/2025
Demandeur : : LY00147778GOFFIN MANON

Analyse	Résultat	Unité	Valeurs de référence	Heure
---------	----------	-------	----------------------	-------

HORMONOLOGIE

Thyroïde

TSH	1,19	mUI/l	0,35 - 4,94	
	Intervalle de référence souhaitable : 0,4-2,5 mUI/L			

T4 LIBRE	9,1	pmol/l	9,01 - 19,05	
----------	-----	--------	--------------	--

Métabolisme calcique

VITAMINE D	20,3	µg/L	> 20-60	
	Si traitement par Vitamine D, cible : 30-60 µg/L			