

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-01-A	
	EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE		Date d'application : 10/09/2018

TYPE DE PERSONNEL : PNC
CLASSE : 02
NOM DE L'EMPLOYEUR : MR. SENEGAL
ADRESSE : BAT 2 R King Fahd Rd

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>NDOYE</u> Prénom : <u>AWA</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : <u>15/09/1980</u> à : <u>DAKAR</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ANS 18/10/2018</u> Adresse : <u>VN Cite Namkouda 2 N°74</u> Téléphone : <u>77 534 617</u> email : <u>awa.ndoye@an.sn</u> Profession/activité : <u>PNC</u> Situation de famille : <u>Marier avec enfants</u>	Activité(s) pratiques ☒ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☒ OUI ☐ NON
 Si OUI : Date : 31/10/2017 Lieu : Nom du médecin : DR KAOUK
 Vous avez été déclaré : ☒ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☒ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2	Taux de cholestérol élevé	☒	
3	Maladie respiratoire		☒
4	Maladies de l'estomac		☒
5	Maladies du foie		☒
6	Diabète		☒
7	Maladies rénales		☒
8	Maladies articulaires et du dos		☒
9	Maladie thyroïdienne		☒
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11	Oeil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12	Vertiges, pertes de connaissance		☒
13	Migraines		☒

		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		☒
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	☒	
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21	Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		☒
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		☒
25	Autres		☒

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, 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 autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux testes en vigueur.
 Toute fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

18/10/2018


Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :
 (Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE		SN-SEC-MED-FORM-02-A	
	RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL		Date d'application : 10/06/2017	Page 1 sur 2

NOM : <u>NDOYE</u>		Prénoms : <u>AWA</u>		Date de naissance (JJ/MM/AAAA): <u>15/09/1980</u>		Lieu de naissance : <u>BAKAR</u>	
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>170</u> cm	(203) Poids <u>74</u> kg	(204) Yeux couleur <u>N</u>	(205) Cheveux couleur <u>N</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos
					Systolique <u>117</u>	Diastolique <u>73</u>	Pulsations <u>67</u>
							Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒	☐	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	☐
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒	☐	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	☒	☐
(210) Nez, sinus	☒	☐	(220) système génito-urinaire	☒	☐
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒	☐	(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	☐
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒	☐	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	☐
(213) Yeux - pupilles	☒	☐	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	☐
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒	☐	(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	☐
(215) Poumons, thorax, seins	☒	☐	(225) Psychiatrie	☒	☐
(216) Cœur	☒	☐	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	☐
(217) Système vasculaire	☒	☐	(227) Etat général	☒	☐
(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	<u>10</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10</u>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire		Sans correction		
		Oui	Non	
N14 lu à 100cm		Oui	Non	
Œil droit		☒	☐	
Œil gauche		☒	☐	
Vision binoculaire		☒	☐	

(235) Analyse d'urine

Normale ☐ anormale ☐

Glucose <u>0</u>	Protéines <u>0</u>	Sang	Autres	
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
			<u>18-12-2019</u>	☒
(238) ECG				☒
(239) Audiogramme			<u>2017</u>	☒
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				