

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-01-A

EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE

Date d'application : 10/09/2018

Page 1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL	. PNC
CLASSE	. 02
NOM DE L'EMPLOYEUR	MR SENEGAL
ADRESSE	BAT 2 & King Faht Palace

	e est a	faire re	mplir p	par le Personnel Aéronautique				
Nom: N 2045 Prénom: AWA	Activité(s) pratiques	Activité(s) pratiques						
Nationalité: SENEGALAISE Né(e) le: 15/09/1980 à:	☼ Avion □ Plan							
Né(e) le : 15 / 09/ 1980			1					
Light of data de l'evenue () . O S C	☐ Hélicoptère ☐ Ballo	on						
Lied et date de l'examen medical: 1713	18	11018	OB	☐ Autres précisez :				
Lieu et date de l'examen médical: Ans Adresse: VMV cite nombre	pla	2 N°	74	Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)				
Téléphone : <u>77 - 53 4 6174</u> email : aux Profession/activité : PNC .			2	Aérodrome :				
receptione. 17-23-4 617 email: aux	2 . No	doye (Dan	Sugar				
Profession/activité: PNC,		0 1	_	Activités aériennes antérieures :				
Situation de famille: Mariee ave	cer	faul	7	Heures de vol :				
Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitud	de pour u	ine licence	aéronau	itique? 🕍 OUI 🗆 NON				
Si OUI : Date : : 31 /10 /2017 Lieu :			Nom di					
			NOITI GE	médecin: BR KAOUK				
Vous avez été déclaré : 凡 Apte ☐ Inapte								
Antécédents familiaux : Avez vous conneisses et								
Avez-vous connaissance d	ie l'existe	ence d'une	maladie	grave narmi les proche de vetre famille / I				
100 II 01 II -			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	grands-parents	parents	frères e		
1			· idiadio	grave parmi les proche de votre famille (grands-parents	, parents,	frères e		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI)	»				, parents,	frères e		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		NON	Rép	ondez aux questions suivantes :	, parents,	NON		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle	»		Rép 14	ondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil		NON		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle 2 Taux de cholestérol élevé	»	NON	Rép 14 15	ondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		NON K		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle 2 Taux de cholestérol élevé 3 Maladie respiratoire	OUI	NON	Rép 14 15 16	oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ?		NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle 2 Taux de cholestérol élevé 3 Maladie respiratoire 4 Maladies de l'estomac	OUI	NON	Rép 14 15	ondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		NON K		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle 2 Taux de cholestérol élevé 3 Maladie respiratoire 4 Maladies de l'estomac 5 Maladies du foie	OUI	NON X	Rép 14 15 16 17	oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ?	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle 2 Taux de cholestérol élevé 3 Maladie respiratoire 4 Maladies de l'estomac 5 Maladies du foie 6 Diabète	OUI	NON X	Rép 14 15 16 17 18	Oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artérielle Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac	OUI	NON X	Rép 14 15 16 17 18 19	Oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? Faites-vous usage de droques illicites ?	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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	OUI	NON X	Rép 14 15 16 17 18 19 20	Oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? Faites-vous usage de drogues illicites ? Consommez-vous de l'alcool ?	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artérielle Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac Maladies du foie Diabète Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladie thyroïdienne	OUI	NON X	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21	Oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? Faites-vous usage de droques illicites ?	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artérielle Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac Tundu d'estomac	OUI	NON X	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21	oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? Faites-vous usage de drogues illicites ? Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artérielle Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac Tundia de l'estomac Maladies de l'estomac Tundia de l'estomac Maladies de l'estomac Tundia de l'estomac Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladie thyroïdienne Tundia de l'estomac Tundia de l'estomac Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies de l'estomac Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladies de l'estomac	OUI	NON X X X X X X X X X X X X X X X X X X	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22	oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? Faites-vous usage de drogues illicites ? Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : Troubles cardiaques, hypertension artérielle Taux de cholestérol élevé Maladie respiratoire Maladies de l'estomac Maladies du foie Diabète Maladies rénales Maladies articulaires et du dos Maladie thyroïdienne Tumeur ou maladie cancéreuse CEII : choc, maladies, troubles visuels Vertiges, pertes de connaissance	OUI	NON X	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22	oondez aux questions suivantes : Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Avez-vous eu un accident dans le passé ? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? Etes-vous un consommateur de tabac ? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? Faites-vous usage de drogues illicites ? Consommez-vous de l'alcool ? Portez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines	OUI	NON X X X X X X X X X X X X X X X X X X	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour 24	Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Avez-vous eu un accident dans le passé? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? Etes-vous un consommateur de tabac? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? Faites-vous usage de drogues illicites? Consommez-vous de l'alcool? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national? les candidates: Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler?	OUI	NON X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines éclaration du personnel aéronautique : le sour	OUI	NON X X X X X X X X X X X X X X X X X X	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour 24 25	Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Avez-vous eu un accident dans le passé? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? Etes-vous un consommateur de tabac? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? Faites-vous usage de drogues illicites? Consommez-vous de l'alcool? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national? les candidates: Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler? Autres	OUI ×	NON X X X X X X X X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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 Œil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines éclaration du personnel aéronautique : Je sout y questions qui m'ont été posées lors du pré	OUI ssigné, dispart over	NON X X X X X X X X A A A A A	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour 24 25	Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Avez-vous eu un accident dans le passé? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? Etes-vous un consommateur de tabac? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? Faites-vous usage de drogues illicites? Consommez-vous de l'alcool? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national? les candidates: Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler? Autres Date et signature du personn	OUI X el aérona	NON X X X X X X X X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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 QEil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines éclaration du personnel aéronautique : Je sout questions qui m'ont été posées lors du prépubles de mon état de santé autre que ceux que coubles de mon état de santé autre que ceux que couple de mon état de santé autre que ceux que couples de mon état de santé autre que ceux que couples de mon état de santé autre que ceux que couple de mon état de santé autre que ceux que couple de mon état de santé autre que ceux que couple de mon état de santé autre que ceux qu	OUI ssigné, « ésent exa	NON X X X X X X A A A A A A A	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour 24 25 oir répo	Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Avez-vous eu un accident dans le passé? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? Etes-vous un consommateur de tabac? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? Faites-vous usage de drogues illicites? Consommez-vous de l'alcool? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national? les candidates: Avez-vous des antécèdents gynécologiques à signaler? Autres Date et signature du personn voir connaissance de	OUI X el aérona	NON X X X X X X X X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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 QEil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines éclaration du personnel aéronautique : Je sour questions qui m'ont été posées lors du prépubles de mon état de santé autre que ceux que examen est adressée au service médical de l'estemble de consideration de l'estemble de médical de l'estemble de l'estemb	OUI ssigné, « ésent exa	NON X X X X X X A A A A A A A	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour 24 25 oir répo	Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Avez-vous eu un accident dans le passé? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? Etes-vous un consommateur de tabac? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? Faites-vous usage de drogues illicites? Consommez-vous de l'alcool? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national? les candidates: Avez-vous des antécèdents gynécologiques à signaler? Autres Date et signature du personn voir connaissance de	OUI X el aérona	NON X X X X X X X X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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 QEil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines éclaration du personnel aéronautique : Je sour questions qui m'ont été posées lors du prépubles de mon état de santé autre que ceux quexamen est adressée au service médical de l'édical, conformément aux testes en vigueur	ssigné, « ésent exa	NON X X X X X A A A A A A A A	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour 24 25 25 25 26 27 28 29 29 29 29 29 29 29 29	Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Avez-vous eu un accident dans le passé? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? Etes-vous un consommateur de tabac? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? Faites-vous usage de drogues illicites? Consommez-vous de l'alcool? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national? les candidates: Avez-vous des antécèdents gynécologiques à signaler? Autres Date et signature du personn voir connaissance de cormée que cette fiche le respect du secret	OUI X el aérona	NON X X X X X X X X		
Questionnaires précisions sur les réponses « OUI » Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : 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 QEil : choc, maladies, troubles visuels 12 Vertiges, pertes de connaissance 13 Migraines éclaration du personnel aéronautique : Je sour questions qui m'ont été posées lors du prépubles de mon état de santé autre que ceux que examen est adressée au service médical de l'estemble de consideration de l'estemble de médical de l'estemble de l'estemb	ssigné, césent exa	NON X X X X X A A A A A A A A	Rép 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 Pour 24 25 25 25 25 26 27 28 29 29 29 29 29 29 29 29	Troubles du sommeil Avez-vous subi une intervention chirurgicale? Avez-vous eu un accident dans le passé? Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux? Etes-vous un consommateur de tabac? Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s)? Faites-vous usage de drogues illicites? Consommez-vous de l'alcool? Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles Avez-vous été réformé ou exempté de service national? les candidates: Avez-vous des antécèdents gynécologiques à signaler? Autres Date et signature du personn voir connaissance de cormée que cette fiche le respect du secret	OUI X el aérona	NON X X X X X X X X		

Annotations du médecin-examinateur 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: NOOYE	OM: NOYE Prénoms: AWA						(11/	te de naissa MM/AAAA): u de naissa	nce: 5	AKR		198	0	
(201) Catégorie d'examen				(204) Yeux couleur		(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (2				207) Pouls au repos			
☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	71 10 UII	74	kg		N	2		Systolique 117				ations 7	Ryt irré rég	10 3 1112111111
Examen clinique : Coche	ez chaque iten	n	nor	mal	anormal							norma	l ar	normal
(208) Tête, face, cou, cu	208) Tête, face, cou, cuir chevelu		1		(218) Abdomen, hernie, foie, rate									
(209) Cavité bucale, gorg	(09) Cavité bucale, gorge, dents					(219) Anus, rectum (si nécessaire)								
(210) Nez, sinus	Nez, sinus					(220) sys	20) système génito-urinaire							
(211) Oreilles, tympans,	compliance													
tympanique									en, thyroïde	9 '				
(212) Yeux- orbites et ar	nnexes, cham	os				(222) Me inférieurs	embr s, art	es supérieu iculations	rs et					
visuels						(223) Co	olonn	e vertébrale	et apparei		-	-		
(213) Yeux - pupilles	:13) Yeux - pupilles					(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique								
(214) Yeux - mobilité oci	ulaire, nystagr	nus				(224) Examen neurologique- réflexes etc								
(215) Poumons, thorax, seins						(225) Psychiatrie								
216) Cœur						(226) Pe d'identifi	eau, r catio	marque n, syst. lym						
(217) Système vasculair	(217) Système vasculaire					(227) Etat général								
(228) Notes : Décrivez o						méro de l								
Acuité visuelle (ne pas re	mplir ici lors d	es exam	ens	appro	ofondis)		(2	35)Analyse	d'urine		Norn	nale 🗆	an	ormale
229) (de loin à 5m/6m en dixième		L	unettes/Co	Glucose Protéines Ontact			San	ang Autro		tres				
Eil droit sans correction	10		rigée				R	apport anne	exés	Nor réal é		Date	Nor mal	And
Eil gauche sans correction	on lo	Cor	rigée	9			(2	(238)ECG			1	5010	X	
Vision binoculaire, sans	10	Cor à	orrigée				(2	(239) Audiogramme			1	2017	2	
230)Vision intermédiaire		Sans		Avec correction		(240) Examen Ophtalmologique								
N14 lu à 100cm		Oui	N	lon	Oui	Non	(2	241) Exame	n ORL					
Eil droit							(2	242) Lipides	sanguins					
Œil gauche						(243) Fonctions respiratoires								
Vison binoculaire							-	320) Tonom	étrie G :					