

 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	Page 1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL :

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>TOURE</u> Prénom : <u>AMADOU</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>09/06/1996</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 25 OCT 2023</u> Adresse : <u>Keur Massar, Dakar</u> Téléphone : <u>#-311 81 05</u> email : <u>amadoutoucepilote@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Ingenieur Operations aeriennes</u> Situation de famille : <u>Marié, un (1) enfant</u>	Activité(s) pratiques
	<input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : <u>Leopold Sedar Senghor</u> 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 : ____/____/____ Lieu : _____ Nom du médecin : _____

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		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		X
15		X
16		X
17		X
18		X
19		X
20		X
21		X
22	X	
23		X
Pour les candidates :		
24		X
25		

Date et signature du personnel aéronautique

25 OCT 2023



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.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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

N'ex Diab.
22 - Phétophobie épisodique



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 : **TOURE** Prénoms : **Amadou** Date de naissance **09-06-1996**
(JJ/MM/AAAA):
Lieu de naissance : **Dakar**

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 188 cm	(203) Poids 73 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique 130	Diastolique 60	Pulsations 57	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>		(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>		(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Candidat E. H. Hecobek IG. projet pilote prof. Visionneuse. Etava. Nani. Actuelle An. Ségul. SA. opération avarium. Tabac=0 Alc=0 III=0 Sport=ok.

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact			
		Sans correction		Avec correction	
		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	10				
Œil gauche sans correction	10				
Vision binoculaire, sans correction	10				
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			

Glucose	Protéines	Sang	Autres				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Rapport annexés	Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
			(238) ECG		25-10	<input checked="" type="checkbox"/>	
			(239) Audiogramme		20/25 25/25 25/25	<input checked="" type="checkbox"/>	
			(240) Examen Ophtalmologique		25-10 20/25	<input checked="" type="checkbox"/>	
			(241) Examen ORL		25-10 20/25	<input checked="" type="checkbox"/>	
			(242) Lipides sanguins		25-10 20/25	<input checked="" type="checkbox"/>	
			(243) Fonctions respiratoires				
			(320) Tonométrie G : D: mmHg				

EEG = PAS
Rx Pannus = PAS



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 2 sur 2

(231) **de près** Sans correction Avec correction

N5 lu à 30 – 50cm

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

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

(232) **Lunettes** Oui Non (233) **Lentilles de contact** Oui Non

Type : réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) **Perception des couleurs** Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA
 Nombre de tables présentées *40* Nombre d'erreurs *0*

(234) **Audition** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
 (si 239/241 non réalisé)

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oreille droite	Oreille gauche
Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) **Fonction respiratoire** (237) **Hémoglobine**

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hémoglobine (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"/>
		<i>13,1</i>

(248) **commentaires, limitations :**

Après classe 2 → 30-10-2015

(249) **Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé**

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

(250) Lieu et date

Sen - 10 - 2017

Dr Patrick CORREA
 3, Av. des Ambassades
 DAKAR SENEGAL

(244) Divers (Sujet ?)

(247) Nom et signature du médecin examinateur de médecine générale dans l'AeMC et sa proposition d'aptitude

Avis : *AG* Nom :

Signature: *AG*
 Dr Patrick CORREA
 Médecine Aeronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

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

APTE pour la classe :
 INAPTE pour la classe :
 Remis pour une évaluation complémentaire
 dans l'affirmative, indiquer :
 Le destinataire :
 Le motif :

Renvoi/Concertation

Si une décision a été prise antérieurement par l'autorité en inscrire ici les références et le libellé complet et les reporter sur le certificat d'aptitude remis au candidat.

Décision n° Du

Libellé :

Champ d'application du certificat	Classe 1 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
 Médecine Aeronautique
 SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input checked="" type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **AMADOU TOURE**

Né(e) le : **09/06/1996** à DAKAR Age : **27 ANS**

Demeurant : **KEUR MASSAR**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **25/10/23**

Limite de validité : **31/10/25** Durée de validité : **2 ANS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
 Médecine Aéronautique
SN-MED-004
 DGAC N°3857 - FAA-00773

Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

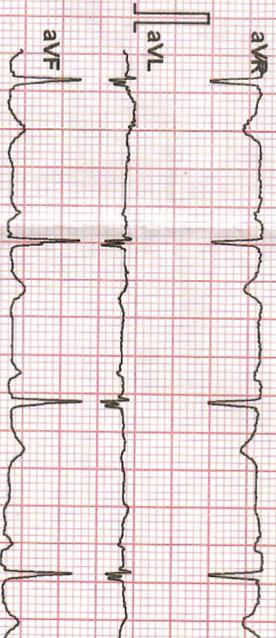
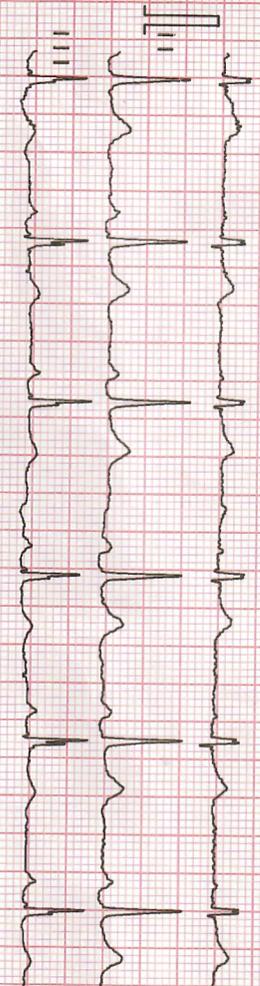
Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evalueur de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.

BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000
Aut

25/10/2023 09:33:07

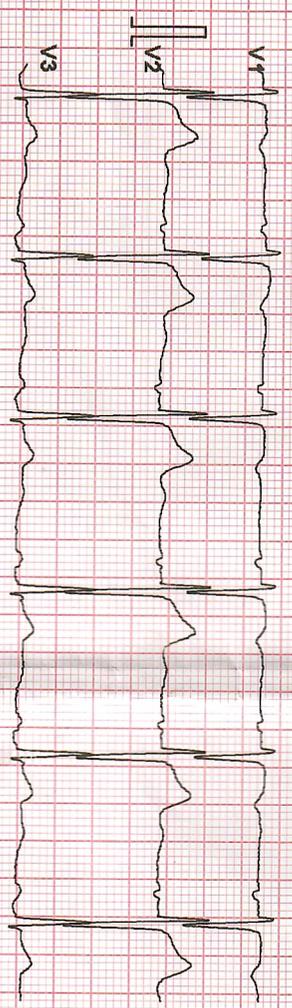
25mm/s
10mm/mV
50Hz ADS 1.5s

HR = 66



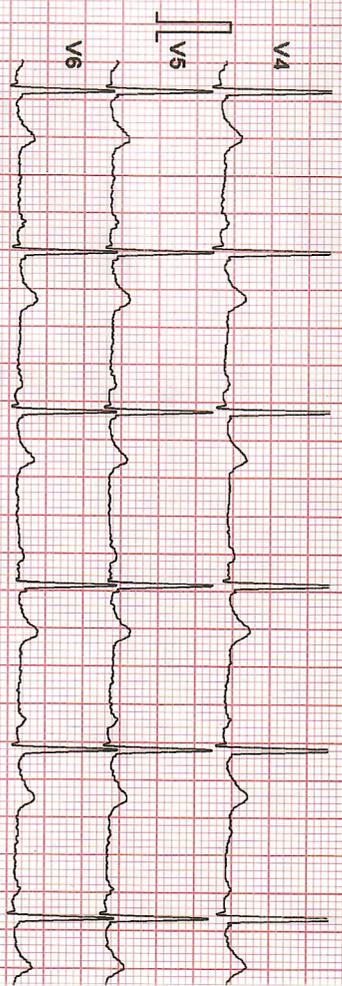
C 0107

HR = 66



C 0107

HR = 66



P	Q	R	S	R	S	T+	T-	ST	STs	SF	RR	QRS	PQ	QT	QTc	axis P	axis QRS	axis T	66 1/min
-63	390	-47	32	241	26	659	94 ms	66 1/min	904 ms	P	94 ms	104 ms	156 ms	370 ms	73°	70°	40°		
-50	1112	-68	866	136	18	437	104 ms		94 ms	QRS	104 ms	156 ms	370 ms	389 ms	73°	70°	40°		
-104	1077	-83	-	252	61	723	112		70°	axis P	73°	70°	40°						
-68	1408	-	-	269	40	476	40		40°	axis QRS									
-65	1367	-	-	266	41	445	41		445	axis T									

Dr Patrick CORREA
 Médical de la République
 SN-MED-004
 DGAC N° 857 FARMALIS
 ECG DANS DES LIMITES NORMALES
 RYTHME SINUSAL

Amador Torres

25-10-23