



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 : PPI
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : COULIBALY Prénom : BIRAME BERTRAND Nationalité : SENE GALAISE Né(e) le : 11/11/1972 à : DAKAR Lieu et date de l'examen médical : 10/09/2018 AMS Adresse : OUAKAM BATAKAIN VILVA 18 Téléphone : 77-1835-35 email : Profession/activité : Situation de famille : MARIÉ	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) AERO CLUB Aérodrome : LSS Activités aériennes antérieures : Heures de vol : 535
--	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : 15/07/2018 Lieu : SOS médecine Nom du médecin : MABSIAMA RA DIOP

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 »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		OUI	NON
1	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Taux de cholestérol élevé		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Maladie respiratoire		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Maladies de l'estomac		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Maladies du foie		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Diabète		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Maladies rénales		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Maladies articulaires et du dos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Maladie thyroïdienne		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Vertiges, pertes de connaissance		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Migraines		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input checked="" type="checkbox"/>
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		<input checked="" type="checkbox"/>
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		<input checked="" type="checkbox"/>
21	Consommez-vous de l'alcool ?		<input checked="" type="checkbox"/>
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		<input checked="" type="checkbox"/>
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		<input checked="" type="checkbox"/>
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 Date et signature du personnel aéronautique
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 entrainerait une sanction
disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

10/09/2018

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

2021 = Hémodialyse - 11e année



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: *COURBAY* Prénoms: *BIRAME* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *11/02/1981* Lieu de naissance: *DAKAR*

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <i>184</i> cm	(203) Poids <i>108</i> kg	(204) Yeux couleur <i>bleu</i>	(205) Cheveux couleur <i>bleu</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <i>120</i>	Diastolique <i>80</i>		
						Pulsations <i>70</i>	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	<i>α</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>1</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>α</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>α</i>		(220) système génito-urinaire	<i>α</i>
(211) Oreilles, tympan, compli- ance tympanique	<i>α</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>α</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>α</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>α</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>α</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>α</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>α</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>α</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>α</i>		(225) Psychiatrie	<i>α</i>
(216) Cœur	<i>α</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>α</i>
(217) Système vasculaire	<i>α</i>		(227) Etat général	<i>α</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire.
Palpebr. bilat. sup. des entropions - précédent Aeroclub - 4 ans. Aucun sympt. de l'entropion. Spasme = 0.

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
--	--	------------------

Glucose	Protéines	Sang	Autres
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	

Œil droit sans correction	<i>10</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>10</i>	Corrigée à		
Visjon binoculaire, sans correction	<i>10</i>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<i>α</i>			
Œil gauche	<i>α</i>			
Vison binoculaire	<i>α</i>			

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<i>14-11-2017</i>	<i>α</i>	
(239) Audiogramme		<i>14-11-2017</i>	<i>α</i>	
(240) Examen Ophtalmologique		<i>14-10-2017</i>	<i>α</i>	
(241) Examen ORL		<i>14-10-2017</i>	<i>α</i>	
(242) Lipides sanguins		<i>14-10-2017</i>	<i>α</i>	
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				



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		1		1	
Œil gauche		1		1	
Vison binoculaire		2		2	
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input checked="" type="checkbox"/>		Non <input checked="" type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>	
Type :		Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis :	Nom :
<i>Apt</i>	
Signature : 	

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

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

Tables pseudo-isochromatiques	<i>00</i>	Type ISHIHARA	<i>0</i>
Nombre de tables présentées		Nombre d'erreurs	

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

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

	Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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 :

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	15 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
		<i>Ce = 0,25</i>

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

(248) **commentaires, limitations :**
Apte classe 2. → 30 11 - 2024

(249) **Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé**
 Je soussigné 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 <i>AT-11-2023</i>	Nom et adresse du médecin agréé Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature
---	---	-------------------------

 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 : **BIRAME BERTRAND COULIBALY**

Né(e) le : **11/12/1982** à DAKAR Age : **40 ANS**

Demeurant : **OUAKAM**

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 : **10/11/23**

Limite de validité : **30/11/24** Durée de validité : **1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet


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.