

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-01-A	
	<b>EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL          DE L'AERONAUTIQUE CIVILE</b>	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

**TYPE DE PERSONNEL :** ..... NAVIGANT  
**CLASSE :** ..... 01  
**NOM DE L'EMPLOYEUR :** AIR SENEGAL  
**ADRESSE :** Route de King FAYD

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : MATHIEU Prénom : PAUL DAORIE Nationalité : SENEGALAISE Né(e) le : 13/03/1958 à : DAKAR Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : AMS 06/05/2021 Adresse : N° 10639 SICAP FOIRE Téléphone : 77-602-07-10 email : paulmauriciemathieu@yahoo.fr Profession/activité : Pilote de ligne Situation de famille : Marié	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : 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 : CORREA  
 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		<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"/>
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"/>
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 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 testés 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

Date et signature du personnel aéronautique

06-05-2021  


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 : **MATHIEU** Prénoms : **PAUL DAORICE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **13/03/1958**  
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 <b>180</b> cm	(203) Poids <b>100</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Vert</b>	(205) Cheveux couleur <b>Vert</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <b>130</b>	Diastolique <b>80</b>		
					Pulsations <b>70</b>	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

**CDT - An 80 - 63 ans -  
Acouï = h. euf.**

**Tabac = 0  
Alc = peu  
III = instab.  
Sport = marche**

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
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Œil droit sans correction	Corrigée à	<b>10</b>
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>10</b>
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>10</b>

Rapport annexés	Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
-----------------	-------------	------	---------	----------

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil gauche			<input checked="" type="checkbox"/>	
Vison binoculaire			<input checked="" type="checkbox"/>	

(238) ECG	<b>06-05-21</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
(239) Audiogramme	<b>06-05-21</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
(240) Examen Ophtalmologique		
(241) Examen ORL		
(242) Lipides sanguins		
(243) Fonctions respiratoires		
(320) Tonométrie G : D : mmHg		

DR PATRICK CORREY  
3, Av. des Ambassadeurs  
DAKAR SENEGAL



**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

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

(233) Lentilles de contact

Oui  Non

Oui  Non

Type :

Type :

réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(313) Perception des couleurs

Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIHARA

Nombre d'erreurs

(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'examineur

Oui

Non

Oui

Non

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille droite

Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

Glycémie : 106 mg/dl

VEMS/CV

%

Normal  Anormal

Peak Flow

(l/min)

Normal  Anormal

13,7 (g/dl)

Normal  Anormal

(248) commentaires, limitations :

Part Veuu

Apte classe 1 →

(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

06-05-2017

Nom et adresse du médecin agréé

**Dr Patrick CORREA**  
3, Av. des Ambassades  
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aéronautique  
MD/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N°3857

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom :

**Dr Patrick CORREA**  
Signature  
Médecine Aéronautique  
MD/004/ANACS/DTA/08  
DGAC N°3857

(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	Classe 2	Classe 3
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>