

 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 : ELEVE - PILOTE
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR : African Air Assurances
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>POUYE</u> Prénom : <u>HABIB</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>16/05/1992</u> à : <u>FATICK</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 19/02/2024</u> Adresse : <u>ZAC MBAO</u> Téléphone : <u>77317-16-04</u> email : <u>boyspouyes@hotmail.com</u> Profession/activité : <u>ELEVE - PILOTE</u> Situation de famille :	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>LSS</u> Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>10140h</u>
---	---

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

Si OUI : Date : 15/07/2022 Lieu : POINT E Nom du médecin : Docteur Niang / urgences et soins médicaux

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"/>
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 textes en vigueur.

Date et signature du personnel aéronautique

19/02/2024


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

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

Non Diab.
Asst. dans aéroclub. (19) Gripex acc. synd. gappel.



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 : **DOUYE** Prénoms : **HABIB** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **16/05/1992**
Lieu de naissance : **FATICK**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 172 cm	(203) Poids 63 kg	(204) Yeux couleur Vert Vert	(205) Cheveux couleur Vert Vert	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique 122	Diastolique 85	Pulsations 76	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, tympan, 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
Agent d'opération - Agence Nationale de l'Aviation Civile - Fatick - 16/05/1992 - 1 an de validité
 Tabac = 0 Alc = 0 Sport = 0 III = 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			
	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
Vision binoculaire, sans correction	<input checked="" type="checkbox"/>			
(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 réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			19-07-2016	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme			19-07-2016	<input checked="" type="checkbox"/>	
(240) Examen Ophtalmologique			15-07-2016	<input checked="" type="checkbox"/>	
(241) Examen ORL			13-07-2016	<input checked="" type="checkbox"/>	
(242) Lipides sanguins			19-07-2016	<input checked="" type="checkbox"/>	
(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		<input checked="" type="checkbox"/>			
Œil gauche		<input checked="" type="checkbox"/>			
Vison binoculaire		<input checked="" type="checkbox"/>			
(232) Lunettes			(233) Lentilles de contact		
Oui <input 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>Apté</i>	Dr Patrick CORREA Médicine Aéronautique SN-MED-004 DGAC N° 3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées <i>20</i>	Nombre d'erreurs <i>0</i>

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
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
	Non <input 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 %	Peack Flow (l/min)	15,1 (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"/>

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

(248) commentaires, limitations :
Apté dans 2 -> 28-02-2025

(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 <i>21-02-2024</i>	Nom et adresse du médecin agréé 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Cachet et signature Dr Patrick CORREA Médicine Aéronautique 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

CLASSE 2

CLASSE 3

Je soussigné, Docteur :

PATRICK CORREA

Titulaire de l'agrément n :

SN - MED - 004

Certifie que M :

HABIB POUYE

Né(e) le : **16/05/1992**

à FATICK Age : **31 ANS**.....

Demeurant :

.....**ZAC MBAO**.....

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 : **19/02/24**

Limite de validité : **28/02/25**

Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Signature et cachet



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 3032 FW/4.75.0000
Aut

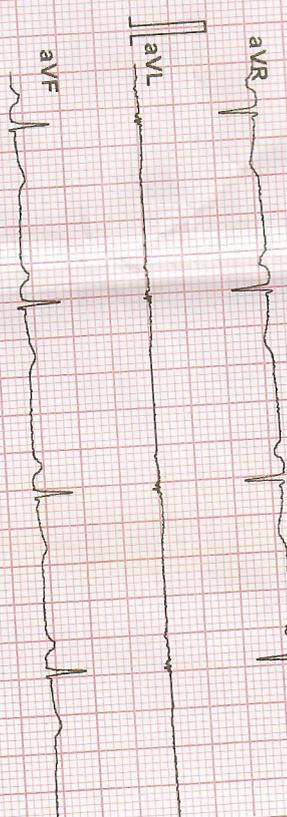
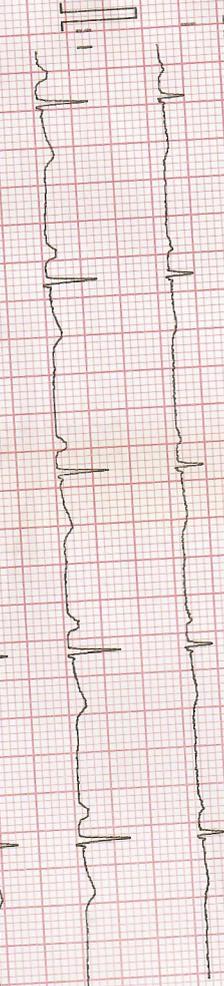
191021/2024 09:32:44

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

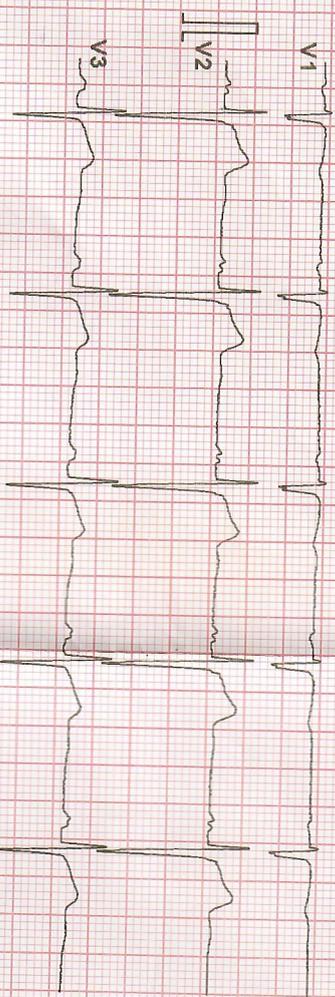
HR = 60

CE 0007

CE 0007

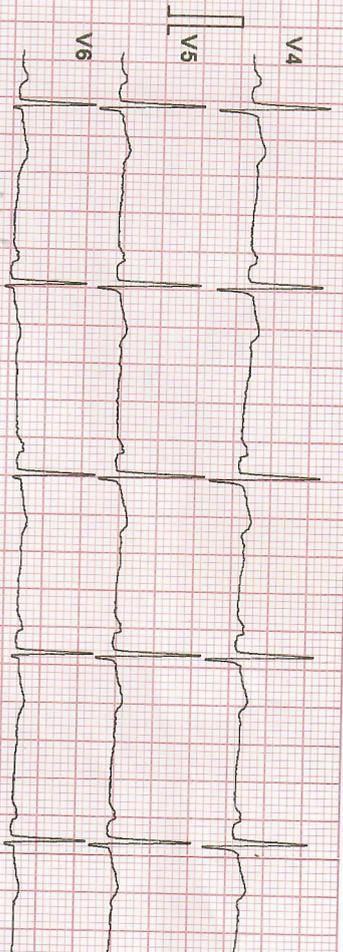


HR = 60



CE 0107

HR = 60



CE 0107

[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S	T+	T-	ST	STs
I	55	-	-	305	-42	-	-	79	-	36	109
II	145	-	-	687	-	-	-	177	-	56	213
III	102	-	-	327	-	-	-	105	-	24	92
aVR	-	-104	-487	39	-64	-	-	-128	-	-49	-157
aVL	-	-	-	-	-	-	-	11	-18	7	24
aVF	120	-	-	494	-	-	-	139	-	41	149
V1	-	-	-	109	-570	-	-	-	-44	12	289
V2	64	-	-	578	-1478	-	-	321	-	33	1080
V3	101	-	-	634	-839	-	-	227	-	33	940
V4	92	-	-	1005	-424	-	-	166	-	57	482
V5	86	-	-	1151	-260	-	-	144	-	36	396
V6	82	-	-	1032	-72	-	-	125	-	41	329

[uV/s]

61 1/min
976 ms
102 ms
92 ms
162 ms
370 ms
374 ms
67°
60°
54°

ECG DANS DES LIMITES NORMALES
RYTHME SINUSAL

DR. HUGO CORREA
Service Aéronautique
SN MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

Paris-Peury
25-02-74