

 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 : PNT
CLASSE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

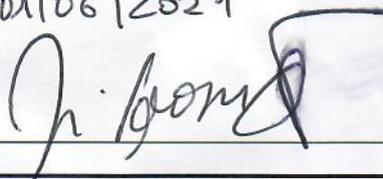
Nom : <u>FERNANDES CA'</u> Prénom : <u>JOSE</u> Nationalité : <u>BISSAU-GUINEENNE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>13/06/1959</u> à : <u>MANSOA</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>01/08/21 AMS</u> Adresse : <u>RESIDENCE DES STRANGERS VILLA 76 10715ALY</u> Téléphone : <u>778435854</u> email : <u>FERNANDESCAJOSE@gmail.com</u> Profession/activité : <u>PILOTE D'AVION</u> Situation de famille : <u>MARIE</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 : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>715.000</u>
--	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si OUI : Date : 11/06/2021 Lieu : _____ Nom du médecin : DR. PATRICK ROGER 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 »			Répondez aux questions suivantes :		
	OUI	NON		OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>	14	Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	
13		<input checked="" type="checkbox"/>	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 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

Date et signature du personnel aéronautique
11/06/2021


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 : **FERNANDES CA'** Prénoms : **JOSE'** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **13/06/1959**
Lieu de naissance : **MANCOA**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input checked="" type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 178 cm	(203) Poids 90 kg	(204) Yeux couleur Nu	(205) Cheveux couleur Nu	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 130 Diastolique 70	(207) Pouls au repos Pulsations 70 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	
(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
CDB. An Sengell. ATR. 01 ans. Anus 2.5/10. III = idem
op. calicant 27 ans. 201. Repose ce jour à Ad.

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	Corrigée à			05/10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à			07/10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à			07/10	
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit				1	
Œil gauche				3	
Vision binoculaire				3	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			01-06		21
(239) Audiogramme					
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D: mmHg					

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
Oui Non Oui Non

N5 lu à 30 – 50cm

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui

Non

(233) Lentilles de contact

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: 104 mg/dl

VEMS/CV

%

Normal

Anormal

Peak Flow

(l/min)

Normal

Anormal

(g/dl)

163

Normal

Anormal

(248) commentaires, limitations :

Voir CR. aptitude = Conduction aptitude après PNE.

Apté classe 1 → 31-12-2021

(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

02-06-2021

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
MD004/ANACSIDTA/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis :

Nom :

Exempté

Signature
Dr Patrick CORREA
Médecin Aéronautique
MD004/ANACSIDTA/08
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 :

aptitude

Le motif :

CR. 8 conduction

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