

 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 : RUE KING FAHAD ALMADIES

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 : Adresse : Téléphone : <u>77-868 58 54</u> email : <u>FERNANDESCAJOSE@GMAIL.COM</u> Profession/activité : <u>PILOTE</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>15000h</u>

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

Si OUI : Date : 17/09/2021 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 »

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

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-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 : **FERNANDES CA'** Prénoms : **JOSE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **13/06/1989**
 Lieu de naissance : **MANSOA**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 1m78 cm	(203) Poids 92 kg	(204) Yeux couleur MARRON	(205) Cheveux couleur BLANC	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 120 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	<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
GDB. Air Sénégal. ATR. 62 ans. Aucun excès. Plantes = 0. Tabac = 0. Alc = exc. III. Diab. idem

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		
		normal	anormal	
Œil droit sans correction	Corrigée à	10		
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10		
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
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	
0	0	0		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal
			29.02 21	<input checked="" type="checkbox"/>
(238) ECG				
(239) Audiogramme				
(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins			29.02	<input checked="" type="checkbox"/>
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D: mmHg				



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

(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>	
Signature :	



(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

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

APTÉ pour la classe :
 INAPTE pour la classe :

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

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

Remis pour une évaluation complémentaire dans l'affirmative, indiquer :
Le destinataire :
Le motif :

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

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

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 :

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(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 checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------------------

(248) commentaires, limitations : *Agence 1, les 2 examens. Port Veau d'Agadei Apté classe 1 -> 31-06-2021*

(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	Nom et adresse du médecin agréé	Cachet et signature
<i>29-12-2021</i>	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	