

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-----------------|
|  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 : 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> Né(e) le : <u>13/06/1959</u> à : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Lieu et date de l'examen médical : _____ Adresse : <u>RUE DE THIES</u> <u>POINT E DAKAR</u> Téléphone : <u>77-848-5854</u> email : _____ Profession/activité : <u>CDB</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>+ 16000</u> |
|--|--|

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON
 Si OUI : Date : 1/12/2021 Lieu : FAN Nom du médecin : 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 »

| | | OUI | NON |
|----|--|-----|-----|
| 1 | Troubles cardiaques, hypertension artérielle | | ✓ |
| 2 | Taux de cholestérol élevé | | ✓ |
| 3 | Maladie respiratoire | | ✓ |
| 4 | Maladies de l'estomac | | ✓ |
| 5 | Maladies du foie | | ✓ |
| 6 | Diabète | ✓ | ✓ |
| 7 | Maladies rénales | | ✓ |
| 8 | Maladies articulaires et du dos | | ✓ |
| 9 | Maladie thyroïdienne | | ✓ |
| 10 | Tumeur ou maladie cancéreuse | | ✓ |
| 11 | Œil : choc, maladies, troubles visuels | | ✓ |
| 12 | Vertiges, pertes de connaissance | | ✓ |
| 13 | Migraines | | ✓ |

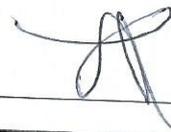
| Répondez aux questions suivantes : | | OUI | NON |
|------------------------------------|---|-----|-----|
| 14 | Troubles du sommeil | | ✓ |
| 15 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? | | ✓ |
| 16 | Avez-vous eu un accident dans le passé ? | | ✓ |
| 17 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ? | ✓ | |
| 18 | Etes-vous un consommateur de tabac ? | | ✓ |
| 19 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ? | ✓ | |
| 20 | Faites-vous usage de drogues illicites ? | | ✓ |
| 21 | Consommez-vous de l'alcool ? | | ✓ |
| 22 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles | ✓ | |
| 23 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ? | | ✓ |
| 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 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

Date et signature du personnel aéronautique

05/07/2022



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

NOM : **FERNANDES CA'** Prénoms : **JOSE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **13 JUIN 1959**
 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 1.78 cm | (203) Poids 90 kg | (204) Yeux couleur MARRON | (205) Cheveux couleur Gris | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | (207) Pouls au repos |
| | Systolique 100 | Diastolique 70 | Pulsations 69 | Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> régulier | | |

Examen clinique : Cochez chaque item

| Examen clinique : Cochez chaque item | normal | | anormal | |
|--|--------|---------|--|---------|
| | normal | anormal | normal | anormal |
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu | d | | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | 1 |
| (209) Cavité bucale, gorge, dents | d | | (219) Anus, rectum (si nécessaire) | |
| (210) Nez, sinus | d | | (220) système génito-urinaire | |
| (211) Oreilles, tympans, compliance tympanique | d | | (221) Système endocrinien, thyroïde | d |
| (212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels | d | | (222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations | d |
| (213) Yeux - pupilles | d | | (223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique | 1 |
| (214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus | 1 | | (224) Examen neurologique- réflexes etc | 1 |
| (215) Poumons, thorax, seins | 1 | | (225) Psychiatrie | 1 |
| (216) Cœur | 1 | | (226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique | 1 |
| (217) Système vasculaire | 1 | | (227) Etat général | 1 |

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
ODS. An Sénégal - ARR. 63 ans. Aucun trouble. Tabac = 0
Alc = 0
III = 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

| | Lunettes/Contact | |
|-------------------------------------|----------------------|---------|
| | normal | anormal |
| Œil droit sans correction | Corrigée à 8 | |
| Œil gauche sans correction | Corrigée à 10 | |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à 8 | |

(230) **Vision intermédiaire**

| N14 lu à 100cm | Sans correction | | Avec correction | |
|--------------------|-----------------|-----|-----------------|-----|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | | | 1 | |
| Œil gauche | | | 1 | |
| Vision binoculaire | | | d | |

(235) Analyse d'urine Normale anormale

| Glucose | Protéines | Sang | Autres | |
|---------|-----------|------|--------|--|
| ++++ | 0 | 0 | | |

Rapport annexés

| | Non réalisé | Date | Normal | Anormal |
|-------------------------------|-------------|------------|--------|---------|
| (238) ECG | | 05-07 2012 | d. | |
| (239) Audiogramme | | 05-02 2012 | d. | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | | | |
| (241) Examen ORL | | | | |
| (242) Lipides sanguins | | 05-01 2012 | | --- |
| (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
N5 lu à 30 - 50cm

| | | | |
|-----------------|-----|-------------------------------------|-----|
| Sans correction | | Avec correction | |
| Oui | Non | Oui | Non |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | |

(232) Lunettes
Oui Non
Type :
réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter

(233) Lentilles de contact
Oui Non
Type :

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 : *Apte. Glucosurie*

Nom : _____

Signature :

Dr. Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/00/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques
Nombre de tables présentées *0* Type ISHIHARA Nombre d'erreurs *0*

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

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

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

Audiométrie éventuelle

| | | | | | | |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|
| Hz | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 |
| Oreille droite | | | | | | |
| Oreille gauche | | | | | | |

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

| | | |
|--|--|--|
| VEMS/CV % | Peak Flow (l/min) | <i>16,5</i> (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"/> |

(248) commentaires, limitations : *Part Cardiovasc gty. Glyc a jeun = 0,97g/l. HbA1c = 7,1% => TML 3 mois avec Bilan Diabé. Apte donc TML 3 mois -> 30-10-2022*

(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 : **05 JUIL. 2022**

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cache : **Dr Patrick CORREA**
Médecine Aéronautique
MD/00/ANACS/DTA/08
DGAC N°3857 - FAA-00773