

 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 : CONTROLEUR AERIEN
CLASSE : 3
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : ZAC NORD NGUINHA THIES

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>BA</u> Prénom : <u>MAMADOU LAMINE</u> Nationalité : <u>SENEGALAISE</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>16/08/1971</u> à : <u>THIES</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS - Le 16/06/2022</u> Adresse : Téléphone : <u>76 866 6084</u> email : <u>amidi@brs108@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur Aérien</u> Situation de famille : <u>Marier</u>	Activité(s) pratiques <input 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 : AMS Nom du médecin : COREA

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"/>	<input type="checkbox"/>
2 Taux de cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Maladies de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Maladies du foie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 Maladies rénales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 Maladies articulaires et du dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 Tumeur ou maladie cancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vertiges, pertes de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13 Migraines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14 Troubles du sommeil		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21 Consommez-vous de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :			
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

16/06/2022

[Signature]

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 : **BA** Prénoms : **MAMABOU LAMINE** Date de naissance (JJ/MM/AAAA): **16/08/1971**
Lieu de naissance : **THIES**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 90 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 160 Diastolique 100	(207) Pouls au repos Pulsations 60 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)	<input checked="" type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>		(220) système génito-urinaire	
(211) Oreilles, tympans, compli-ance 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.
Contrôleur Aérien en TAL par HTA. sur les 5 (06) Automerun = PAS
Cojeun. Plauit = 0 - CR. Cardiologie NAPA = HTA de 160/100 + D. 100 = PAS

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				
Œil gauche sans correction	Corrigée à				
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à				
(230) Vision intermédiaire					
N14 lu à 100cm					
Œil droit					
Œil gauche					
Vison binoculaire					

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Rapport annexés		Non réali sé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			16/06/2017	<input checked="" type="checkbox"/>	
(239) Audiogramme					
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(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					
Œil gauche					
Vison binoculaire					
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter	

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

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

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

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

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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(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 checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

Polycémie 87mg/dl
17.3

(248) commentaires, limitations: *CR. cardio RAS CAT = Anct III + AHD emesagen poly glycolé Part Ocul oblique du sommet. RV. dans 3 mois. Antenne moy = 12/10 7 (+) jnd BB" RV avec polyglycémie Sannal. Apté -> 28-12-2017*

(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

16.06.2017.

Nom et adresse du médecin agréé
Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apté*

Nom : *Dr Patrick CORREA*

Signature : *[Signature]*

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
MD/004/ANACS/DTA/03
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

