



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 : Contrôleur aérien  
CLASSE : 3  
NOM DE L'EMPLOYEUR : A SECNA  
ADRESSE : .....

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>DIENE</u> Prénom : <u>Seydina Alioune</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>08/09/1980</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>ANS, 10/09/2018</u> Adresse : <u>Lot 29, cité Sympion Grand-Nbas</u> Téléphone : <u>77-574 59 14</u> email : <u>seydina-ad@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Contrôleur aérien</u> Situation de famille : <u>marie</u>	<b>Activité(s) pratiques</b> <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 : 09/2018 Lieu : Dakar Nom du médecin : Dr 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		X
2 Taux de cholestérol élevé		X
3 Maladie respiratoire		X
4 Maladies de l'estomac		X
5 Maladies du foie		X
6 Diabète		X
7 Maladies rénales		X
8 Maladies articulaires et du dos	X	X
9 Maladie thyroïdienne		X
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels	X	X
12 Vertiges, pertes de connaissance		X
13 Migraines		X

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

10/09/2018

[Signature]

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

Nation. épisode de  $\Delta^x$  FID inact + OGE  $\Rightarrow$  consultation = Ad. gl. = RAS. (à annuler)



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 : **DIENE** Prénoms : **Sydney Alouane** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **03/09/1980**  
Lieu de naissance : **Dakar**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input checked="" type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <b>188</b> cm	(203) Poids <b>75</b> kg	(204) Yeux couleur <b>Noir Noir</b>	(205) Cheveux couleur <b>Noir</b>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <b>107</b> Diastolique <b>89</b>	(207) Pouls au repos Pulsations <b>72</b> 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	<b>d</b>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<b>d</b>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<b>d</b>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<b>d</b>		(220) système génito-urinaire	<b>d</b>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<b>d</b>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<b>d</b>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<b>d</b>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<b>d</b>
(213) Yeux - pupilles	<b>d</b>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<b>d</b>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<b>d</b>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<b>d</b>
(215) Poumons, thorax, seins	<b>d</b>		(225) Psychiatrie	<b>d</b>
(216) Cœur	<b>d</b>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<b>d</b>
(217) Système vasculaire	<b>d</b>		(227) Etat général	<b>d</b>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire  
**Contusion Aérien Li 3 ans. Navi 3 emh.**

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	
Œil droit sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<b>10</b>	

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<b>d</b>	
Œil gauche			<b>d</b>	
Vision binoculaire			<b>d</b>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG					
(239) Audiogramme			<b>12-05</b>		
(240) Examen Ophtalmologique			<b>12-05</b>		
(241) Examen ORL			<b>08/03</b>		
(242) Lipides sanguins					
(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

Sans correction		Avec correction	
Oui	Non	Oui	Non
		<input checked="" type="checkbox"/>	
Œil droit			
Œil gauche			
Vison binoculaire			

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui  Non  Oui  Non

Type : Type :

réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(244) Divers (Sujet ?)

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

Avis : *Apte* Nom :  
Signature :  
**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aeronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA  
Nombre de tables présentées *20* 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'examineur

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEIMS/CV %	Peack Flow (l/min)	<i>13,9</i> (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"/>

(248) commentaires, limitations : *Pour Cassevier apteur Hge = 0,81 Apte classe 3 -> 30-05-2023*

(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 *12-05-2023* Nom et adresse du médecin agréé **Dr Patrick CORREA**  
**3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL** Cachet et signature

**Dr Patrick CORREA**  
Médecine Aeronautique  
SN-MED-004  
DGAC N°3857 - FAA-00773

# Pure tone audiometry



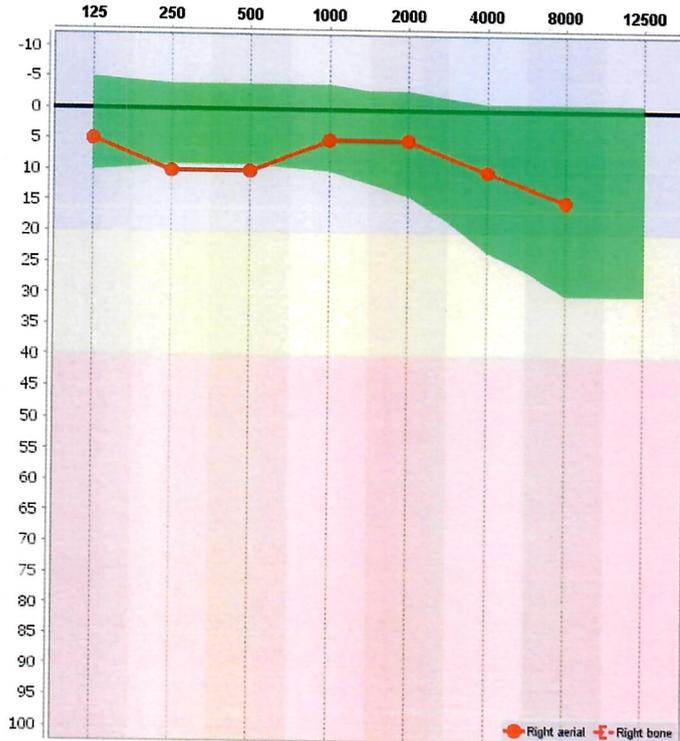
Patient **SEYDINA ALIOUNE DIENE**

Date of Birth **03 Sep 1980**

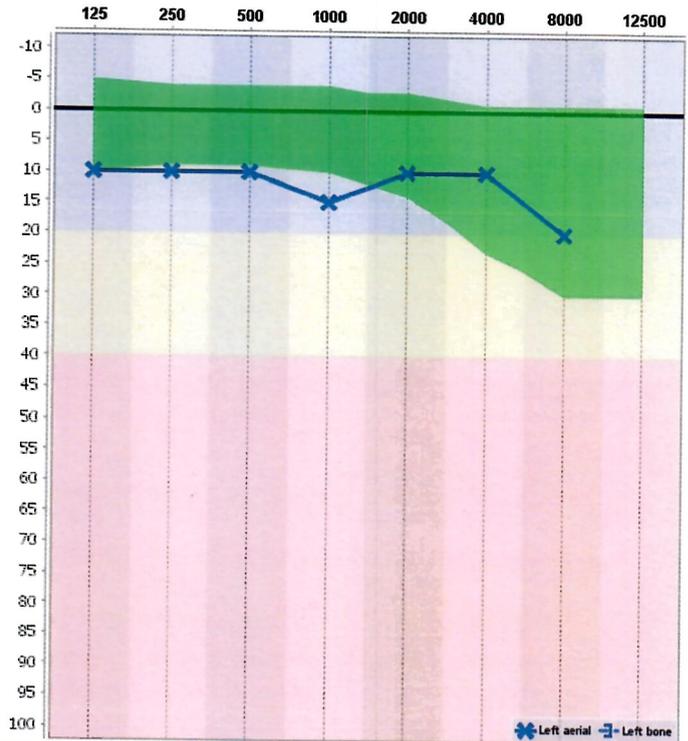
Measurement date **12/09/2023 09:29:21**

Operator :PATRICK CORREA

## Right



## Left



	500Hz	1000Hz	2000Hz	3000Hz	4000Hz	6000Hz	8000Hz
<b>Left :</b>	10 dB	15 dB	10 dB	N/C	10 dB	N/C	20 dB
<b>Result: 1+2+3+4+6</b>	Total = N/C						
<b>Unilateral Result: 1+2+3+4</b>	(A)	Total = N/C					
<b>Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer &gt;=30dB differ.)</b>	Total = N/C						
<b>Right :</b>	10 dB	5 dB	5 dB	N/C	10 dB	N/C	15 dB
<b>Result: 1+2+3+4+6</b>	Total = N/C						
<b>Unilateral Result: 1+2+3+4</b>	(B)	Total = N/C					
<b>Rapid Hearing Loss: 3+4+6 (compare to previous result; refer &gt;=30dB differ.)</b>	Total = N/C						
<b>Difference between (A) &amp; (B)</b>	N/C	>40dB is a unilateral loss (needs referral for any unknown issues)					
<b>Result Category:</b>	Right = N/C			Left = N/C			
<b>HSE Categorisation</b>	N/C						

### Notes

Device used for the measurement  
 Device : OtoWin  
 S/N : 20605 - 014  
 Firmware : : 1.2.0e  
 Hardware : elios3  
 Stimulator : DD45 HI  
 Calibration date : 02/03/2020

 <b>Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie</b>	<b>FORMULAIRE</b>	<b>SN-SEC-MED-FORM-03-A</b>	
	<b>CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE</b>	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 <input type="checkbox"/>	CLASSE 2 <input type="checkbox"/>	CLASSE 3 <input checked="" type="checkbox"/>

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **SEYDINA ALIOUNE DIENE**

Né(e) le : **03/09/1980** à DAKAR... Age : **...43 ANS.....**

Demeurant : **...LOT 29, CITE SYPROM GRAND 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 : **12/09/23**

Limite de validité : **30/09/24** Durée de validité : **... 1 AN .....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence : .....

**PORT DE VERRES OBLIGATOIRE**

Signature et cachet



<b>Dr Patrick CORREA</b> Médecine Aéronautique <b>SN-MED-004</b> DGAC N°3857 - FAA-00773
---

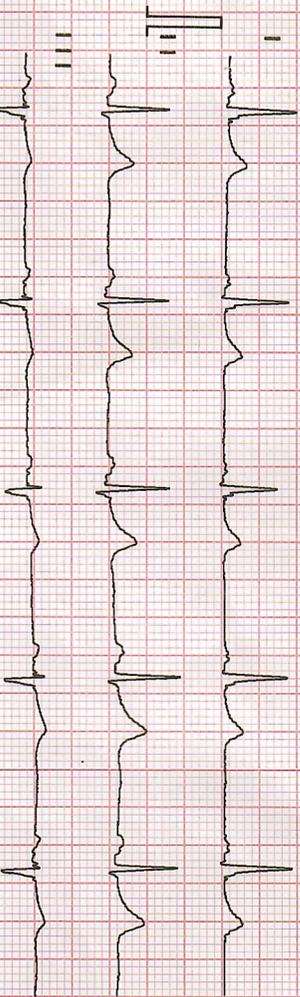
*Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.*

*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.*

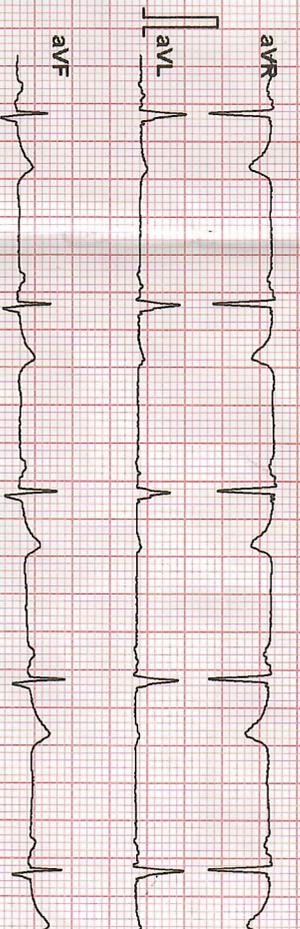
BTL-08 SD3 DIAG 30.32 FW:4.75.0000  
Aut

12/09/2023 09:26:39

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

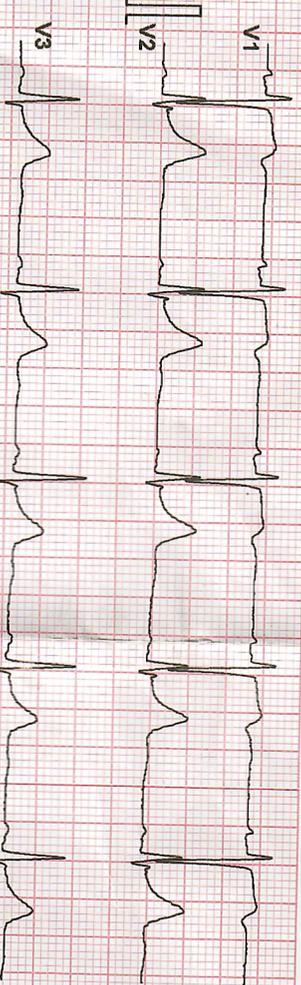


HR = 59



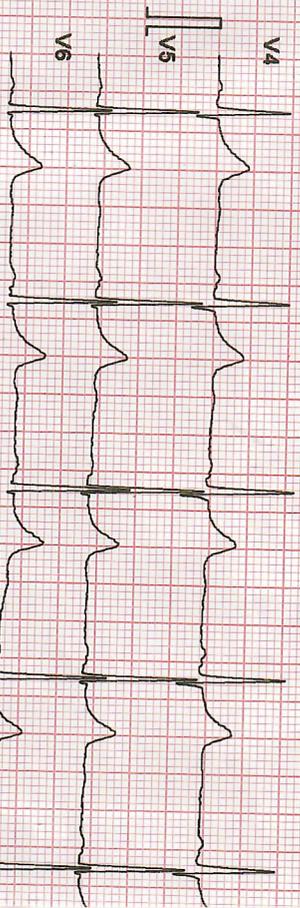
CE 6197

HR = 59



CE 0107

HR = 59



CE 0107

[uV]	P+	P-	Q	R	S	R'	S'	T+	T-	ST	STs [uV/s]	SF
I	49	-	-48	869	-	-	-	240	-	35	-63	RR
II	106	-	-	864	-110	-	-	370	-	15	386	P
III	78	-	-	124	-365	-	-	133	-	-4	361	QRS
aVR	-	-73	-827	-	-	-	-	-	-304	-36	-133	PQ
aVL	-	-	-	558	-	-	-	58	-11	18	-219	QT
aVF	86	-	-	486	-186	-	-	250	-46	3	410	QTc
V1	59	-	-	327	-1115	-	-	132	-	43	328	axis P
V2	51	-	-	575	-101	47	-	591	-	79	580	axis QRS
V3	71	-	-	903	-229	-	-	438	-	45	611	8°
V4	73	-	-	1095	-308	-	-	445	-	28	341	
V5	62	-	-	1477	-42	-	-	447	-	32	433	
V6	61	-	-	1468	-44	-	-	446	-	30	433	

Dr Patrick CORREA  
 Médecine Aéronautique  
 ST-MED-004  
 CGAC 1993 - TAA-00773

ECG DANS DES LIMITES NORMALES  
 RYTHME SINUSAL

Seyfana Ariana  
 Siena

PRS.