

 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

TYPE DE PERSONNEL :

CLASSE :

NOM DE L'EMPLOYEUR :

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : MBOUMBBA IKAPI Prénom : Anthony Piergi Nationalité : Gabonaise Né(e) le : 04/05/1979 Lieu et date de l'examen médical : AMS, 01/08/2024 Adresse : XPF Téléphone : 28 95 20 97 email : anthonymboumbba27@gmail.com Profession/activité : Etudiant Situation de famille : Calibataire Sans enfant	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 : _____ Nom du médecin :

Vous avez été déclaré : Apté Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? OUI NON

Questionnaires précis 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 Êtes-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.

Toute 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

01/08/2024



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



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : MBOUTUMBA IKAPE		Prénoms : Anthony Ptingi		Date de naissance (jj/MM/AAAA): 04/05/1999	
				Lieu de naissance : Libreville Gabon	
(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille cm 181	(203) Poids kg 65	(204) Yeux couleur Brown	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg 134 84
					(207) Pouls au repos Systolique Diastolique Pulsations Rythme 80

Examen clinique : Cochez chaque item		normal	anormal	normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu		X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X
(209) Cavité bucale, gorge, dents		X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X
(210) Nez, sinus		X		(220) système génito-urinaire	X
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique		X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels		X		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X
(213) Yeux - pupilles		X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus		X		(224) Examen neurologique- réflexes etc	X
(215) Poumons, thorax, seins		X		(225) Psychiatrie	X
(216) Coeur		X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X
(217) Système vasculaire		X		(227) Etat général	X
(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire. Jeune homme 25 ans, 2 ^e d'un frère de 4 ans. Celui-ci a été postulé à Ecole élémentaire en Algérie, baccalauréat météorologue, en BEG psychomotricité, Tobacco, Alcool, sport/Basket, Doléco, PVC/BTV de l'œil -					

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/Contac t	
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
N14 lu à 100cm		Oui	Non
Œil droit	10		
Œil gauche	10		
Vision binoculaire	10		

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		01/08/16			
(239) Audiogramme		01/08/16			
(240) Examen Ophtalmologique					
(241) Examen ORL					
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G :					



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
Œil droit		<i>10</i>	
Œil gauche		<i>10</i>	
Vison binoculaire		<i>10</i>	
(232) Lunettes		(233) Lentilles de contact	
Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type :		Type :	
réfraction	Sph	Cylindre	Axe
			Ajouter
(313) Perception des couleurs		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>

Tables pseudo-isochromatiques		Type ISHIHARA	
Nombre de tables présentées <i>20</i>		Nombre d'erreurs <i>1</i>	
(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 <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Audiométrie éventuelle			
Hz	500	1000	2000
Oreille droite			
Oreille gauche			

(236) Fonction respiratoire		(237) Hémoglobine	
<i>CHg = 101</i>			
VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	(g/dl)	
Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	<i>12,5</i>	

(248) commentaires, limitations :			
<i>Pant cannelure gâté Apté class 1 -> 31-08-2018</i>			

(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	
<i>01-08-24</i>		<i>Dr Patrick CORREA 3, AV. des Ambassades DAKAR SENEGAL</i>	
		Cachet et signature	

D : mmHg				
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<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>Ali</i>	<i>Dr Patrick CORREA</i>
	Signature : <i>Dr Patrick CORREA</i>
	Médecine Aéronautique
	SN-MED-004
	DGAC N°3857 - FAU 00773

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

<input checked="" type="checkbox"/> APTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> INAPTE pour la classe :
<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 2 <input type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>

<i>Dr Patrick CORREA</i>			
<i>3, AV. des Ambassades</i>			
<i>DAKAR SENEGAL</i>			
<i>Dr Patrick CORREA</i>			
Médecine Aéronautique			
SN-MED-004			
DGAC N°3857 - FAU 00773			

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

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **ANTHONY PIERGI MBOUMBA IKAPI**

Né(e) le : **04/05/1999** à **LIBREVILLE – GABON** Age : **25 ANS**

Demeurant : **YOFF**

REPOND..... (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des priviléges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **01/08/24**

Limite de validité : **31/08/25** Durée de validité : **1 AN**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



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

Un navigant doit cesser d'exercer les priviléges 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 priviléges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluateur 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 susmentionnée.