| 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** : PNC

**CLASSE** : 02

**NOM DE L'EMPLOYEUR** : AIR SENEGAL SA

**ADRESSE** : ALMADIES

**Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique**

Nom : TALL

Prénom : ABDOULAYE

Nationalité : SENEGALAISE Sexe : ☐ F ☑ M

Né(e) le : 09 / 11 / 1980 à : ZIGUINCHOR

Lieu et date de l'examen médical : 28/08/24 à DAKAR

Adresse : Sacré Coeur 3 Lot 37

Téléphone : 77 560 24 58 email : abdoulaye.tall@airsenegalsa.sn

Profession/activité : PNC

Situation de famille : marié

**Activité(s) pratiques**

☑ Avion ☐ Planeur

☐ Hélicoptère ☐ Ballon

☐ 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 : : 30 / 08 / 2023 Lieu : DAKAR Nom du médecin : KAOUK

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 | ✓ | |
| 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

28/08/24

Annotations du médecin-examinateur agréé, précisions sur les réponses «OUI » (reporter le n° de l'item) :
(Si OUI pour 23 et 25, préciser ) : 1. HTA / Cansartan ½ cp/j

| 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 : TALL | Prénoms : ABDOULAYE | Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 09/11/1980<br>Lieu de naissance : ZIGUINCHOR |
|---|---|---|

| (201) Catégorie d'examen | (202) Taille | (203) Poids | (204) Yeux couleur | (205) Cheveux couleur | (206) Tension artérielle (assis) mmHg | | (207) Pouls au repos | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ Initial<br>☐ Prorogation<br>☒ Renouvellement<br>☐ Recours spécial | 174 cm | 90 kg | Marron | Noir | Systolique: 114 | Diastolique: 807 | Pulsations: 77 | Rythme: ☐ irrégulier ☒ régulier |

| Examen clinique : Cochez chaque item | normal | anormal | | normal | anormal |
|---|---|---|---|---|---|
| (208) Tête, face, cou, cuir chevelu | X | | (218) Abdomen, hernie, foie, rate | X | |
| (209) Cavité buccale, 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) Cœur | 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

Homme 43ans, marié 3E, PNC Instructeur Air Senegal, Psychisme [illegible], ATCD sans ATCD particulier, Tabac = 0, Alcool = 0, [illegible] : Consultations, Sport ++

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

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

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

(230)**Vision intermédiaire**

| N14 lu à 100cm | Sans correction Oui | Sans correction Non | Avec correction Oui | Avec correction Non |
|---|---|---|---|---|
| Œil droit | X | | | |
| Œil gauche | X | | | |
| Vison binoculaire | X | | | |

(235)Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

| Glucose | Protéines | Sang | Autres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Rapport annexés | Non réalisé | Date | Normal | Anormal |
|---|---|---|---|---|
| (238)ECG | | 28/08/24 | X | |
| (239) Audiogramme | | 28/08/24 | X | |
| (240) Examen Ophtalmologique | | 28/08/24 | X | |
| (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** N5 lu à 30 – 50cm | Sans correction | | Avec correction | |
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Œil droit | X | | | |
| Œil gauche | X | | | |
| Vison binoculaire | X | | | |

| (232) **Lunettes** | | (233) **Lentilles de contact** | |
|---|---|---|---|
| Oui □ | Non □ X | Oui □ | Non □ X |
| Type : | | Type : | |

| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

(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

| Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur | Oreille droite | Oreille gauche |
|---|---|---|
| | Oui □ X | Oui □ X |
| | Non □ | Non □ |

Audiométrie éventuelle

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

(236) **Fonction respiratoire** (237) Hémoglobine

Gly : 98 g/dl

| VEMS/CV % | Peack Flow (l/min) | (g/dl) |
|---|---|---|
| Normal □ Anormal □ | Normal□ Anormal □ | Normal□ Anormal□ |

| D : mmHg | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (244) Divers (Sujet ?) | □ | | □ | □ |

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

| Avis : | Nom : |
|---|---|
| | Signature : |

(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** □ |
|---|---|---|---|

(248) **commentaires, limitations** :

(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 agrée | Cachet et signature |
|---|---|---|
| | | |