



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 : PN G
CLASSE : 02
NOM DE L'EMPLOYEUR : Trans Air
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Diop</u> Prénom : <u>Ndiakhate</u> Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Né(e) le : <u>29/03/1998</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 17.09.2024</u> Adresse : <u>NGor Almadies</u> Téléphone : <u>78-58218-78</u> email : <u>Diopndiakhate02@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Hotesse de l'air</u> Situation de famille :	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 : 01/04/2022 Lieu : Nom du médecin : EL Hadji Malick Niang
 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 »			Répondez aux questions suivantes :		
	OUI	NON		OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>	14	Troubles du sommeil	<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>	15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>	16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>	17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>	18	Etes-vous un consommateur de tabac ?	<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>	19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?	<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>	20	Faites-vous usage de drogues illicites ?	<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>	21	Consommez-vous de l'alcool ?	<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>	22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>	23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?	<input type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>	Pour les candidates :		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>	24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?	<input type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>	25	Autres	<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 fausses déclarations 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
17.09.2024

Annotations du médecin-examinateur 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 : *Diop* Prénoms : *Ndiakrate* Date de naissance (JJ/MM/AAAA): *29/03/1998* 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 <i>171</i> cm	(203) Poids <i>68</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <i>102</i> Diastolique <i>71</i>	(207) Pouls au repos Pulsations <i>69</i> 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	<i>g</i>		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<i>g</i>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<i>g</i>		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	
(210) Nez, sinus	<i>g</i>		(220) système génito-urinaire	<i>g</i>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<i>g</i>		(221) Système endocrinien, thyroïde	<i>g</i>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<i>g</i>		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<i>g</i>
(213) Yeux - pupilles	<i>g</i>		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<i>g</i>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<i>L</i>		(224) Examen neurologique- réflexes etc	<i>g</i>
(215) Poumons, thorax, seins	<i>g</i>		(225) Psychiatrie	<i>g</i>
(216) Cœur	<i>g</i>		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<i>g</i>
(217) Système vasculaire	<i>g</i>		(227) Etat général	<i>g</i>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
Pne. Trauman (act 2023) partie cœur. 26 ans. Cerveau. Tabac = 0. Alcool = 0. Sport = 0.

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	
		t	
Œil droit sans correction	Corrigée à	<i>g</i>	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	<i>g</i>	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	<i>g</i>	
(230) Vision intermédiaire		Sans correction Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit		<i>g</i>	
Œil gauche		<i>g</i>	
Vision binoculaire		<i>g</i>	

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>		
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal Anor mal
(238) ECG			<i>17-08 2024</i>	<i>g</i>
(239) Audiogramme			<i>17-08 2024</i>	<i>g</i>
(240) Examen Ophtalmologique			<i>17-08 2024</i>	<i>g</i>
(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				
Vision binoculaire				
(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

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 :

Signature : *Dr Patrick CORREA*

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
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"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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"/>

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	11,9 (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"/>

CE = 0,90

(248) commentaires, limitations : *Pat Cavetian pté au Apt classe 2 -> 30-05-2016*

(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 : *17-05-2014*

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

Cachet et signature : *Dr Patrick CORREA, Médecine Aéronautique, SN-MED-004, DGAC N°3857 - FAA-00773*

(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 <input type="checkbox"/>	Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/>	Classe 3 <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------

 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	Page 1 sur 1

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

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **NDIAKHATE DIOP**

Né(e) le : **29/03/1998** à DAKAR Age : **26 ANS**.....

Demeurant : **.....NGOR ALMADIES**.....

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.

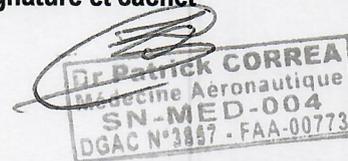
Date de l'examen : **17/09/24**

Limite de validité : **30/09/26** Durée de validité : **...2 ANS**.....

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



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.