



FORMULAIRE POUR DEMANDE DE CERTIFICAT MEDICAL

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

(1) Pays de délivrance de licence : PORTUGAL		(13) N° référence:		(2) Certificat médical sollicité: Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input checked="" type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> PNC/CCA <input checked="" type="checkbox"/>	
(3) Nom: DIENE		(4) Nom de naissance		(12) Genre sollicité <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> renouvellement/prorogation	
(5) Prénom(s): THIABA		(6) Date de naissance: 06/11/1982		(7) Sexe: Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/>	
(8) Lieu et pays de naissance: SENEGAL		(9) Nationalité: SENEGALAISE		(14) Type de licence désirée:	
(10) Adresse permanente: Scap Amikie 3		(11) Adresse postale: (si différente)		(15) Profession (principale):	
Pays: SENEGAL N° de téléphone: 776513282 Courriel: thiaba.diene@air		Pays: SENEGAL N° de téléphone:		(16) Employeur: AIR SENEGAL	
(18) Licence(s) de vol possédée(s)		(17) Dernier examen médical: Date: 30-01-2019 Lieu: PORTUGAL		(19) Conditions, limitations du certificat médical: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> détails:	
types		Numéro de licence: PT 19-0519		Pays de délivrance: PORTUGAL	
(20) Est ce qu'une autorité aéronautique a refusé de vous délivrer un certificat médical, prononcé une décision de retrait ou de suspension de celui-ci ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date: _____ Lieu: _____		(21) Nombre total d'heures de vol:		(22) Nombre d'heures de vol depuis le dernier examen médical:	
(24) Accidents aériens ou incidents de vol reportés depuis le dernier examen médical ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date: _____ Lieu: _____		(23) Classe/Type(s) d'aéronef actuellement utilisé(s):		(25) Type de vol envisagé:	
(27) Consommez vous de l'alcool ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> consommation journalière unités		(26) Activité aérienne actuelle: Monopilote <input type="checkbox"/> Multipilote <input type="checkbox"/>		(28) Prenez vous actuellement des médicaments ? Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nature et dose du médicament, depuis quand est il pris et pourquoi:	
(29) Consommez vous du tabac ? Non jamais <input checked="" type="checkbox"/> Non actuellement <input type="checkbox"/> Date de l'arrêt: _____ Oui <input type="checkbox"/> type et quantité:					

Antécédents généraux et médicaux : avez vous des antécédents connus d'une des maladies suivantes ?

A chaque question répondez en cochant OUI ou NON (ou selon ce qui est indiqué). Détaillez dans la rubrique « (30) remarques »

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
(101) Maladie ou opération oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(112) Affection de la gorge, du nez, trouble du langage	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(123) Paludisme, autre maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Antécédents familiaux			
(102) Avez-vous porté ou portez vous actuellement des lunettes et/ou des lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(113) Traumatismes crâniens ou commotion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(124) Test VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(170) Affection cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(103) Modifications dans la prescription de lunettes/lentilles depuis le dernier examen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(114) Maux de tête fréquents ou graves	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(125) Maladie sexuellement transmissible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(171) Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(104) Allergie ou rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(115) Accès de vertige/évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(126) Trouble du sommeil, apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(172) Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(105) Asthme ou maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(116) Perte de conscience quel que soit le motif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(127) Maladie musculaire ou squelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(173) Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(106) Maladie du cœur ou des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(117) Affection neurologique : AVC, épilepsie, convulsions, paralysie, etc...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(128) Toute autre maladie ou blessure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(174) Maladie mentale/suicide	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(107) Tension artérielle élevée ou basse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(118) Troubles psychologiques / psychiatrique de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(129) Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(175) Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(108) Calcul rénal ou sang dans les urines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(119) Traitement pour abus d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(130) Recours à un médecin depuis le dernier examen médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(176) Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(109) Diabète ou désordre hormonal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(120) Tentative de suicide ou automutilation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(131) Assurance vie refusée pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(177) Allergie/asthme/eczéma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(110) Affection de l'estomac, du foie ou des intestins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(121) Mal des transports nécessitant médication	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(132) Refus de licence de vol pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(178) Maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
(111) Surdité ou maladie des oreilles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(122) Anémie/Trait drépanocytaire/autres maladies sanguines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(133) Exempté ou réformé du service national pour motif médical	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(179) Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
A remplir uniquement pour les femmes												
										(150) Affection(s) gynécologique, problèmes de menstruation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
										(151) Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

(30) Remarques : **rouille. Diab., nation All.**

(31) Déclaration : Je soussigné(e), 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 autres que ceux qui j'en signale. Je comprends qu'en cas de fautive déclaration ou erreur, l'autorité de licence peut me retirer tout certificat médical déjà accordé ou refuser de me fournir un nouveau certificat médical, sans préjudice de toute autre action applicable au vu du droit national. J'accepte la publication d'informations médicales. En cas de nécessité, j'autorise la transmission de ses données et de ses données, dans le respect du secret médical, au médecin évaluateur de l'autorité compétente de mon AME ainsi qu'aux professionnels de santé participant dans le but d'obtenir une évaluation médico-maternelle ou dans le cadre d'un recours. En reconnaissant que ces documents ou données stockées électroniquement doivent être utilisés pour compléter une évaluation médicale et deviendront et resteront la propriété de l'autorité qui délivre la licence, à condition que mon identité ou mon identité puisse y avoir accès conformément à la législation nationale. Le secret médical sera respecté à tout moment. NOTIFICATION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES. Je déclare par la présente que j'ai été informé et que je comprends que les données contenues dans mon certificat médical selon PNR-MED.130 peuvent être stockées électroniquement et mis à la disposition de mon AME afin de fournir les données historiques requises dans le MED.035 (b) (2) (i) / (iii) ainsi qu'aux services médicaux des autorités compétentes des États membres afin de faciliter l'application de PNR-MED.130 (c) (4).

Date : **04-12-2024**

Signature de l'examinateur :

Signature du médecin examinateur :
DR. J. CORREA
 Direction Générale de l'Aviation Civile
 SN-MED-004
 PNR-MED.130

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(Annexe au formulaire pour demande de certificat médical)

POUR REMPLIR CETTE PAGE UTILISER DES LETTRES MAJUSCULES - SECRET MEDICAL

NOM : **DIENE** Prénoms : **THIAPA** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **06/11/82**
Lieu de naissance : **DAKAR**

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 176 cm	(203) Poids 89 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 099 Diastolique 089	(207) Pouls au repos Pulsations (bpm) 70 Rythme <input checked="" type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> irrégulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

Examen clinique : Cochez chaque item

	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(218) Abdomen, hernie, foie, rate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(209) Cavité bucale, gorge, dents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(219) Anus, rectum (si nécessaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(210) Nez, sinus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(220) système génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(221) Système endocrinien, thyroïde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(213) Yeux - pupilles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(224) Examen neurologique- réflexes etc	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(215) Poumons, thorax, seins	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(225) Psychiatrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(216) Cœur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(217) Système vasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(227) Etat général	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
**PNC. An Scavegal. (2018) 49 ans. Divorcée (nat) 1 aft. Tabac = 0
 Lumbalgie de posture + occipitalgie. mal soigné.
 Spat = 0.**

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)
 (229) (de loin à (5m/6m en dixième) Lunettes/Contact

Ceil droit sans correction	Corrigée à	10
Ceil 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	Oui	Non
Ceil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(231) de près sans correction avec correction
 N5 lu à 30 - 50cm

	Oui	Non	Oui	Non
Ceil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter	Type : Réfraction Sph Cylindre Axe Ajouter
Ceil droit	Ceil gauche

(313) Perception des couleurs Normale Anormale
 Tables pseudo-isochromatiques Type I S H I H A R A
 Nombre de tables présentées : Nombre d'erreurs :

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

Tests de Voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examinateur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
--	--	--

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV	%	Peak Flow	(l/min)	19,3 (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	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 = 1,05

(248) Commentaires, limitations :
LD2.
Apté PNC → 04-12-2026

(249) Déclaration du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé
 Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins-conseils agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent nos constatations d'une manière complète.

(250) date : lieu :	Nom et adresse du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé : Fax : E-mail : Téléphone :	Cachet du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé fct signature : Numéro d'AME :
12-12-2021	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Dr Patrick CORREA Médecine Aéronautique SN-MED-004 N° 2007 & FAA-00773

MEDICAL REPORT - CABIN CREW	
VALIDITY	Máximo de 60 meses
EKG	Aos 40 anos, e todos os 5 anos após 50 anos
AUDIOGRAM	Inicial ou Indicação clínica
COMPREHENSIVE OPHTHALMOLOGY	Inicial ou Indicação clínica
HAEMOGLOBIN	Inicial
LIPIDS	Indicação clínica
RESPIRATORY FUNCTION TESTS	Indicação clínica
TONOMETRY	Indicação clínica
URINALYSIS	Todos os exames

page intentionally left blank

MEBA A.00 - Decrease in medical fitness

(a) License holders shall not exercise the privileges of their license and shall not perform duties or functions of their license if they are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;

(b) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(c) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(d) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(e) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(f) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(g) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(h) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(i) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

(j) License holders shall not exercise the privileges of their license if they have been advised by a physician or other medical professional to refrain from the safe exercise of the privileges of the license;

MEBA A.00 - Diminuição de aptidão médica

(a) Os titulares de licença não exercerão os privilégios conferidos pela licença e não realizarão as funções da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(b) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(c) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(d) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(e) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(f) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(g) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(h) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(i) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

(j) Os titulares de licença não exercerão os privilégios da sua licença se estiverem conscientes de qualquer diminuição da sua aptidão médica que os torne incapazes de exercer os privilégios da sua licença;

EUROPEAN UNION
Tripulante de Cabine
RELATORIO MEDICO

Cabin Crew
MEDICAL REPORT

EASA Cabin Crew Medical Report
Portuguese - to a cabin crew abtstation

I Estado emissor / País de Assar: PORTUGAL

III Relatório Número / Report Number: PT-19-0549

IV Último e primeiro nome do titular / Last and first name of holder: Dieneç Thiaba

VI Data de Nascimento / Date of birth: 06-11-1982

VI Nacionalidade / Nationality: Senegalês

VII Assinatura do titular / Signature of holder:

XII Lentes / Lenses:

CVL - Terá de usar lentes corretivas
Visual Correction Lenses

XIII Data de emissão e assinatura do ABE / Invalidez médica:

APTO/FT
PT/AMC/3005

XI Carimbo / Stamp:

Clínica Mirpuri
Clínica Mirpuri
Av. da
1000-100 Lisboa
+351 217 818 538
mirpuri@mirpuri.com

XV Data de Validade deste Relatório 29-01-2024

Expiry date of this Report

Data de exames médicos / Examination date:	
EKG	Último / Last: Próximo / Next: 29-01-2019 29-01-2024
Audiograma / Audiogram	29-01-2019 29-01-2024

Observações / Comments: