

 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 :

CLASSE : 2

NOM DE L'EMPLOYEUR : Transair

ADRESSE : Yoff

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>Diop</u> Prénom : <u>Fatma Ndouga</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Né(e) le : <u>25/08/1998</u> à : <u>Dakar</u> Sexe : ☒ F ☐ M Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>Quelkan Cte Avion</u> Téléphone : <u>77-0296860</u> email : <u>fatmadio20@outlook.com</u> Profession/activité : <u>Hoton de l'air</u> Situation de famille : <u>Celibataire</u>	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 : 31/10/2022 Lieu :

Nom du médecin : Dr. 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 »

	OUI	NON
1 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :		
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 textes en vigueur.

Toutes 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

12/12/2022


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

Parents. Diabète.
06.28. cycle-RAS



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 : *Dior*

Prénoms : *Fabrizio Ndianga*

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA) : *25/08/1998*

Lieu de naissance : *Dakar*

(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☐ Prorogation ☒ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <i>168</i> cm	(203) Poids <i>73</i> kg	(204) Yeux couleur <i>Noir</i>	(205) Cheveux couleur <i>Noir</i>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <i>118</i> Diastolique <i>80</i>	(207) Pouls au repos Pulsations <i>109</i> Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier
--	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	---

Examen clinique : Cochez chaque item

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

*PM: Nouveau (1 an) 26 ans. Cédre de l'eff. (225) Tabacage. AS
Haut insouciant. Air 2024. consultation 1000 pages RLS. Aepuie RLS.*

*Tabacage = 0
AS = 0
111 = 0
Spaut = 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

Œil droit sans correction	<i>5</i>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<i>6</i>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<i>7</i>	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction		
N14 lu à 100cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	<i>✓</i>			
Œil gauche	<i>✓</i>			
Vision binoculaire	<i>✓</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>12-12 2024</i>	<i>✓</i>
(239) Audiogramme		<i>12-12 2024</i>	<i>✓</i>
(240) Examen Ophtalmologique			
(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	1			
Œil gauche	2			
Vision binoculaire	2			
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui ☐ Non ☒	Oui ☐	Non ☐		
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'examineur	Oreille droite Oui ☒ Non ☐	Oreille gauche Oui ☒ Non ☐
--	---	---

Audiométrie éventuelle						
Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %		Peak Flow (l/min)		108 (g/dl)	
Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☐	Anormal ☐	Normal ☒	Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

CR ghtalmo, correction q type + reevaluation RAS
Port Conduction q type
Apte classe 2 -> 31-12-2026

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné 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

Cachet et signature

18-12-2024

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

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

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 :	
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 ☐	Classe 2 ☒	Classe 3 ☐
---	--------------------------------------	---	--------------------------------------



Signature et cachet

Dr Patrick CORREA
Médecin Généraliste
Médecin d'urgence
Tél : +221 77 591 11 22-DAKAR

Dakar le ,12 Décembre 2024

BULLETIN CONSULTATION

	Resultat
Prenom : Fatma Ndiogou nom : DIOP Age : 26 ans Diagnostic : BAV Examen Demandé : OPHTALOMOLOGUE POUR CORRECTION OPTIQUE ET EVALUATION APRES CORRECTION AV sans Correction OD : 6/10 OB : 5/10 AV corrigée OD : 9/10 OB : 8/10 Acuité binoculaire : 10/10 DC Astigmatisme Hypermétrope ordonnance lunettes remise	

18.12.20

Dr. Smail BERRAKI - Ophtalmologue
Chirurgies des Paupières
Tél : 33 824 99 29



COMPLEXE MEDICAL DE LA CORNICHE OUEST

Rue Léo Frobenius prolongée - Tél: +221 33 824 99 29

Dr Smaïl BERRAKI

Ophtalmologue

Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie des paupières

BP 23136 Dakar Ponty

NINEA 24777860S1

Dakar le 18/12/2024 09:44

Madame Fatma NDIOGO

ORDONNANCE LUNETTES

-Une Monture :

OEIL DROIT : +1,50 (-1,25 à 145°)

OEIL GAUCHE : +1,50 (-2,00 à 15°)

- DIP = 63 mm

-Photochromic

- Antireflets

COMPLEXE MEDICAL DE LA CORNICHE OUEST
Dr Smaïl BERRAKI - Ophtalmologue
Maladies et Chirurgies des Yeux
Chirurgies des Paupières
Tél : 33 824 99 29

 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 Laur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☐	CLASSE 2 ☒	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur :

M. KAOUK

Titulaire de l'agrément n :

NEA 003

Certifie que M: *FATMA NDIANGA DIOF*

Né(e) le : *25-08-1998* à *DAKAR*

Age: *24 ans*

Demeurant : *Cité Avion - DAKAR*

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.

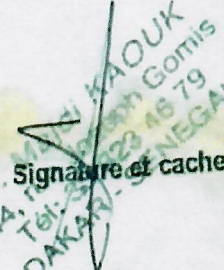
Date de l'examen : *31-05-2022*

Limite de validité : *31-05-2024*

Durée de validité : *2 ans*

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

Correction of Type


 Dr. M. KAOUK
 144, rue de la Liberté
 Dakar - SÉNÉGAL
 Tél: 33 323 46 79
 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.

 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 ☐	CLASSE 2 ☒	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

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

Certifie que M : **FATMA NDIUGA DIOP**

Né(e) le : **25/08/1998** à DAKAR Age : **26 ANS**

Demeurant : **OUAKAM CITE AVION**

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 : **12/12/24**

Limite de validité : **31/12/26** Durée de validité : **...2 ANS**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet


Dr Patrick CORREA
 Médecine Aeronautique
SN-MED-004
 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, la validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.