



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 : PNG  
CLASSE : 2  
NOM DE L'EMPLOYEUR :  
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : Faye  
Prénom : Gertrude Paulette Richard  
Nationalité : Sénégalaise Sexe :  F  M  
Né(e) le : 04/11/1990 à : Thies  
Lieu et date de l'examen médical : Dakar le 02/12/19  
Adresse : H.L.M Thialy  
Téléphone : 77-174-96-09 email : bayegertrude90@gmail.com  
Profession/activité : Hôtesse de l'air  
Situation de famille : Célibataire

Activité(s) pratiques  
 Avion  Planeur  
 Hélicoptère  Ballon  
 Autres précisez :  
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)  
Aérodrome : Ecale 2011 -> Comp. table pharmacie  
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 : HMO Nom du médecin :  
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		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input checked="" type="checkbox"/>
10		<input checked="" type="checkbox"/>
11		<input checked="" type="checkbox"/>
12		<input checked="" type="checkbox"/>
13		<input checked="" type="checkbox"/>

Répondez aux questions suivantes :

	OUI	NON
14		<input checked="" type="checkbox"/>
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16		<input checked="" type="checkbox"/>
17		<input checked="" type="checkbox"/>
18		<input checked="" type="checkbox"/>
19		<input checked="" type="checkbox"/>
20		<input checked="" type="checkbox"/>
21		<input checked="" type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	
23		<input checked="" type="checkbox"/>
Pour les candidates :		
24		<input checked="" type="checkbox"/>
25		<input checked="" 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 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  
02/12/2019  
Faye

TABAC : 0  
ALCOOL : 0  
MDT : 0  
SPORT : martial 3x/2x

Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :  
(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :  
Asthme  
15- Nadele sein G. api lab. -> RAS. BG-AP - y de 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  
2 sur 2

(231) de près	Sans correction		Avec correction	
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit				
Œil gauche				
Vison binoculaire				
(232) Lunettes	(233) Lentilles de contact			
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" 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 :  <i>Apte</i>	Nom :   Signature :  Nom : <b>DR PATRICK CORREA</b> Médecin Aeronautique MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N° 3857 - FAA 06773
---------------------------	--

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées	Nombre d'erreurs

(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

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

VEMS/CV %	Peack Flow (l/min)	Hb (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"/>

(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
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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.

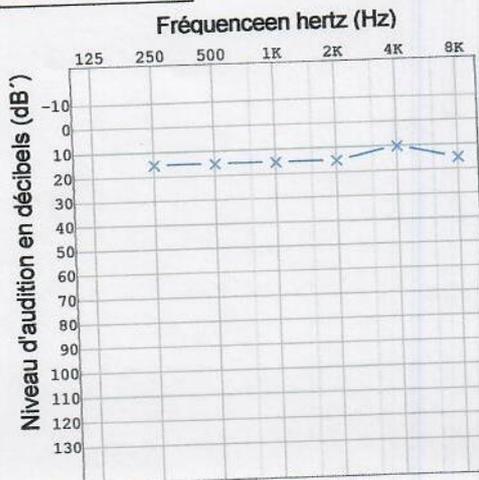
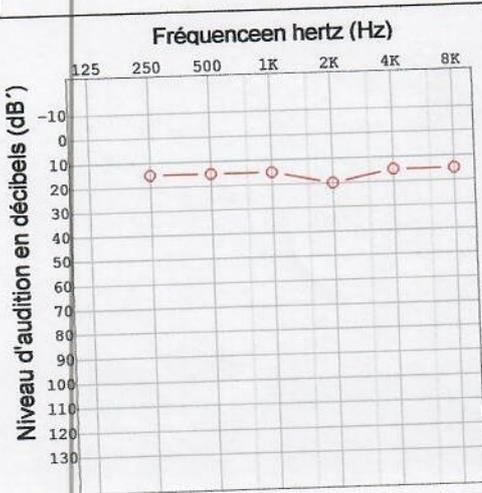
(250) Lieu et date  
03-12-19

Dr Patrick CORREA  
Médecin Généraliste  
Médecine d'urgence  
Tél : +221 77 291 11 22-DAKAR

Cachet et signature  
  
**DR PATRICK CORREA**  
 Médecin Aeronautique  
 MD/004/ANACS/DTA/08  
 DGAC N° 3857 - FAA 06773

# Evaluation de l'audition Rapport

Nom patient: FAYE, Gertrude  
 Patient #: 0001290  
 Date de naissance: 04/11/1990  
 Date d'évaluation: 02/12/2019



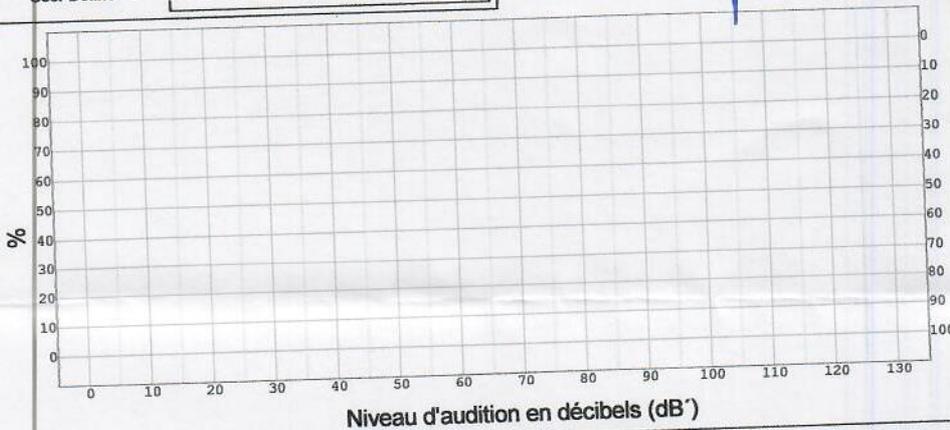
Légende			
	D	Binaural	G
CA Non masqué	○		×
CA Masqué	△		□
CO Non masqué	<	^	>
CO Masqué	[		]
MCL	M	M	M
UCL	m	m	m
SA Sans aide	∅	S	×
SAapp1 Appareillé	A <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>	A <sub>1</sub>

		Niveau de masquage effectif										
		125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
CA	G											
	D											
CO	G	▨										▨
	D	▨										▨

Parole Notes	
Marque/modèle	
Date de calibrage	
Fiabilité du test	
Commentaires	
User Defined 1	
User Defined 2	

LABORATOIRE D'AUDITION  
 Jihane HOUDRONGE AUDIOPROTHESISTE  
 CLINIQUE BELLEVUE CAP MANOUBA  
 Tél: 77442 42 47 - 33842 79 19

Ton pur Notes	
Marque/modèle	
Date de calibrage	
Méthode de test	
Fiabilité du test	
Commentaires	
User Defined 1	
User Defined 2	



Légende			
	D	Binaural	G

## Commentaires sur le rapport

OTOSCLÉRIE NORMALE

Signature: Pas de surdité

Date: \_\_\_\_\_