



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 : P.N.C
CLASSE : 2
NOM DE L'EMPLOYEUR :
ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : Basse
Prénom : Véronique Rebecca
Nationalité : Sénégalaise Sexe : F M
Né(e) le : 06/05/1991 à : Dakar
Lieu et date de l'examen médical : 03 Décembre 2019 à Dakar
Adresse : 15 cité Daouanes Ouest Fatick
Téléphone : 77-67510-14 email : veronique.rebecca.basse@gmail.com
Profession/activité :
Situation de famille : Célibataire

Activité(s) pratiques
 Avion Planeur
 Hélicoptère Ballon
 Autres précisez :
Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre)
Aérodrome : Assurance Qualité Hélic.
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 : 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	Troubles cardiaques, hypertension artérielle		X
2	Taux de cholestérol élevé		X
3	Maladie respiratoire		X
4	Maladies de l'estomac		X
5	Maladies du foie		X
6	Diabète		X
7	Maladies rénales		X
8	Maladies articulaires et du dos		X
9	Maladie thyroïdienne		X
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels		X
12	Vertiges, pertes de connaissance		X
13	Migraines		X

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles		X
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
Pour les candidates :			
24	Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		X
25	Autres		X

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

03/12/2019

[Signature]

TABAC : 0

ALCOOL : 0

MDT : 0

SPORT : 2h/semaine

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

OC OF - cycle = RDS



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 type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Type :	Type :			
réfraction	Sph	Cylindre	Axe	Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale Anormale

Tables pseudo-isochromatiques	Type ISHIIHARA
Nombre de tables présentées 8	Nombre d'erreurs 0

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)	Oreille droite	Oreille gauche
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" 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)	Hb.g/dl (g/dl)
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	116.98 <input checked="" type="checkbox"/> xxx

(248) commentaires, limitations :

Suivie Anémie

(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

04-12-15

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
Dakar SENEGAL

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
BOURBONNAIS/08
DGAC N° 3857 - FAA 00773

D : mmHg			
(244) Divers (Sujet ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Avis : Apte	Nom : Signature
--------------------	----------------------------

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du médecin agréé

APTÉ 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"/>



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES R.NIANG

79, Avenue André Peytavin
Tél : 33 822 42 11 - Fax :33 842 40 04B.P 6254 Dakar-Etoile

Dr Rokhèya NIANG
Pharmacienne-Biologiste
Diplômée de Dakar et Montpellier
DIS de Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Parasitologie

Edition : 04.12.2019
Prescripteur : Dr Patrick CORREA
Prélèvement : 03.12.2019

DOSSIER N° : 26068G

BASSE
Véronique Rebecca
Né(e) le : 06.05.1991

Sexe : F

* Sang total EDTA

● NUMERATION – PLAQUETTES

Leucocytes	5 920 /mm ³	(4 000 - 10 500)
Hématies	4 440 000 /mm ³	(4 000 000 - 6 000 000)
Hémoglobine	9,8 g/dl ✓	(11 - 18)
Hématocrite	30,8 %	(38 - 50)
VGM (Volume globulaire moyen)	69,4 fl ✓	(80 - 100)
TCMH (Teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine)	22,1 pg	(27 - 32)
CCMH (Concentration corpusc.moyenne en hémoglobine)	31,8 g/dl	(30 - 35)
Plaquettes	167 000 /mm ³	(150 000 - 400 000)

● FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires			
- Neutrophiles	40,2 %	2 380 /mm ³	(2 000 - 7 500)
- Eosinophiles	6,1 %	360 /mm ³	(40 - 400)
- Basophiles	1,2 %	70 /mm ³	(20 - 100)
Lymphocytes	44,6 %	2 640 /mm ³	(1 500 - 4 000)
Monocytes	7,9 %	470 /mm ³	(400 - 800)

* Anémie ✓

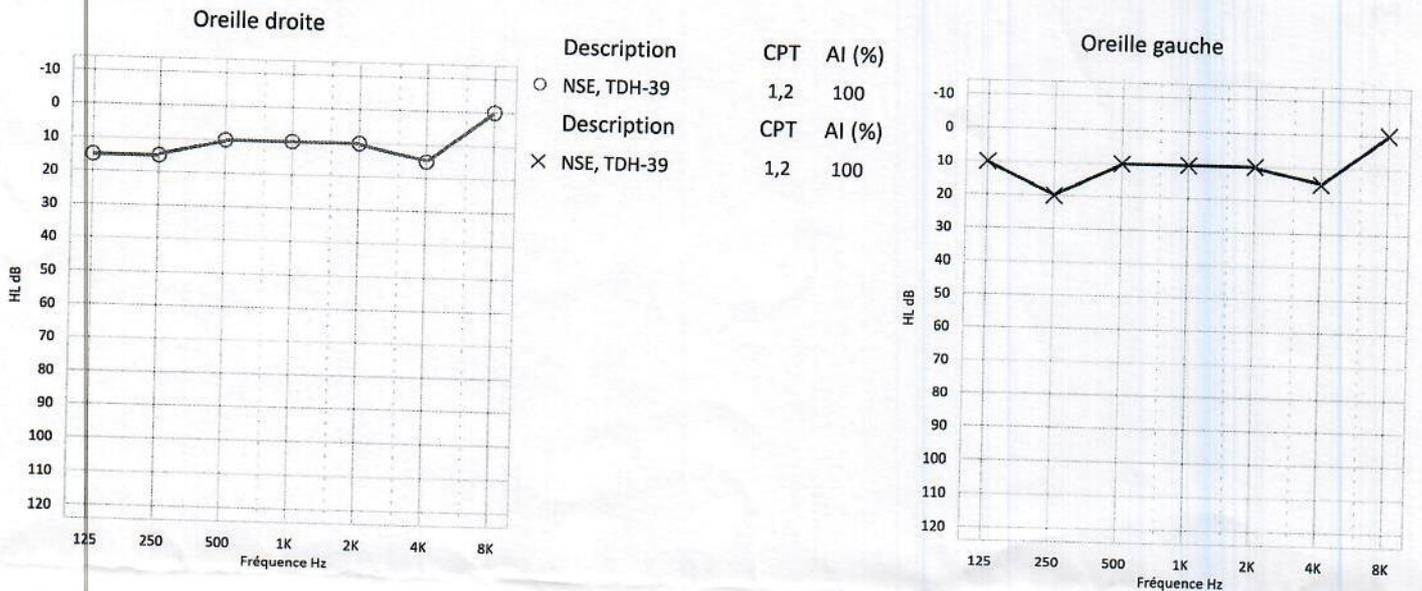
Dr NIANG R.

Véronique, Basse

Dakar

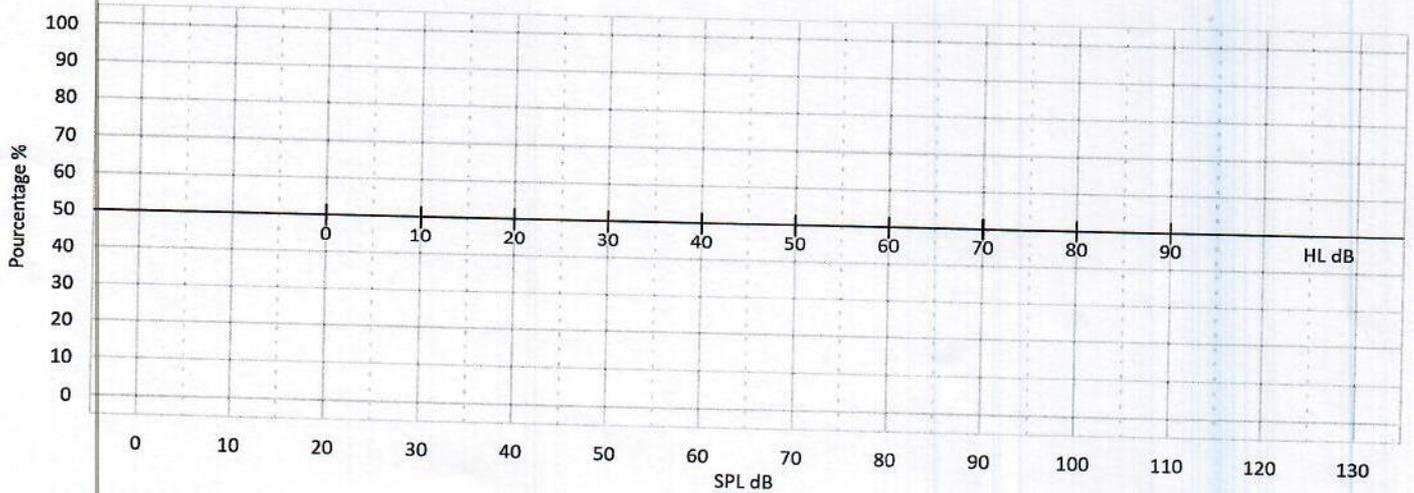
Date de naissance: 06/05/1991
Date: 04/12/2019
Créé par: ABC

Audiogramme tonal pur: 04/12/2019



Notes:

Audiogramme vocal: 04/12/2019



Description

Notes:

Notes de rapport: ODG : 11 dB



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 :

Titulaire de l'agrément n :



Certifie que M : **VERONIQUE REBECCA BASSE**

Né(e) le : 06/05/1991 à DAKAR Age : 28 ANS

Demeurant : **CITE DOUANES OUEST FOIRE**

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

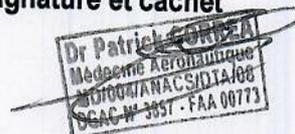
Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : 03/12/19

Limite de validité : 31/12/21 Durée de validité : 2 ANS

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

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.