

 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 : POC

CLASSE : II

NOM DE L'EMPLOYEUR : AIR SENEGAL

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>KANE</u> Prénom : <u>NDEYE AWA</u> Nationalité : <u>Senegalaise</u> Sexe : ☒ F ☐ M Né(e) le : <u>28/01/1976</u> à : <u>Dakar</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS 15/11/2022</u> Adresse : <u>Cic8 Fair lot n°37</u> Téléphone : <u>77-4552120</u> email : <u>awakadi76@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Personnel navigant cabine</u> Situation de famille : <u>MARIÉE</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 : ____/____/____ Lieu :

Nom du médecin : CORREA-PATRICK

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 :		
2 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
3 Taux de cholestérol élevé		☒
4 Maladie respiratoire		☒
5 Maladies de l'estomac		☒
6 Maladies du foie		☒
7 Diabète		☒
8 Maladies rénales		☒
9 Maladies articulaires et du dos		☒
10 Maladie thyroïdienne		☒
11 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
12 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
13 Vertiges, pertes de connaissance		☒
14 Migraines		☒

	OUI	NON
14 Répondez aux questions suivantes :		
15 Troubles du sommeil		☒
16 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	☒	☒
17 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
18 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
19 Etes-vous un consommateur de tabac ?		☒
20 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
21 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
22 Consommez-vous de l'alcool ?		☒
23 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒	
24 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :		
25 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		☒
26 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 fausses déclarations priveraient 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 : 15/11/2022
Kane

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

15: Myopectomie 2019.

 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 : KANE	Prénoms : NDEYE AWA	Date de naissance (JJ/MM/AAAA): 28/01/1976
		Lieu de naissance : Dakar
(201) Catégorie d'examen ☐ Initial ☒ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 175 cm	(203) Poids 65 kg
	(204) Yeux couleur Nouveau	(205) Cheveux couleur Noir
	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique 120 Diastolique 74	
	(207) Pouls au repos Pulsations 71 Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier	

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire
PNC de 18 ans, marié, Chef de Cabine, Air Sénégal, bon état général, bon psychisme, Dyslipémie en 2019 - Traitée.

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	10	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	8	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à		
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction		
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non		
Œil droit			☒	
Œil gauche			☒	
Vision binoculaire			☒	

Glucose 0	Protéines 0	Sang 0	Autres
Rapport annexés	Non réalisé	Date 10/06/2017	Nor mal Anor mal
(238) ECG			
(239) Audiogramme			
(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			X	
Œil gauche			X	
Vision binoculaire			X	
(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 20 Type ISHIHARA 0
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

Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur

Oui ☒ Non ☐ Oui ☒ Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz 500 1000 2000 3000 4000 6000

Oreille droite

Oreille gauche

(236) Fonction respiratoire (237) Hémoglobine

Gly = 88mg/dl

VEMS/CV %	Peak Flow (l/min)	(g/dl)
Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐	Normal ☐ Anormal ☐
		14.1

(248) commentaires, limitations :

Part. Vues correctes

Apte classe 2 → 30-12-2018

(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.

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

(250) Lieu et date

16-11-2018

Nom et adresse du médecin agréé

Cachet et signature

Dr Patrick CORREA
Médecin Aérospatial
MD/01 ANACS/DTA/08
DGA 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 : <i>Apte avec correction Optique</i>	Nom : Signature : <i>[Signature]</i>
---	--

(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 ☐
-----------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------------------