

 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 : Pilote MD3
CLASSE : A
NOM DE L'EMPLOYEUR : ASECNA
ADRESSE : NGOR DAKAR

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>RESPAUT</u> Prénom : <u>PHILIPPE</u> Nationalité : <u>FRA NCISE</u> Né(e) le : <u>24 / 03 / 1969</u> Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M à : <u>Paigues</u> Lieu et date de l'examen médical : Adresse : <u>NGOR DAKAR</u> Téléphone : <u>77 181 08 15</u> email : <u>philippe.respaud@gnat.com</u> Profession/activité : <u>Pilote</u> Situation de famille : <u>D3E</u>	Activité(s) pratiques <input checked="" type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Planeur <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol : <u>5000</u>
---	--

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? OUI NON

Si OUI : Date : ____/____/____ Lieu : _____

Nom du médecin : CORREA

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 »

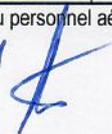
	OUI	NON
1		<input checked="" type="checkbox"/>
2		<input checked="" type="checkbox"/>
3		<input checked="" type="checkbox"/>
4		<input checked="" type="checkbox"/>
5		<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input checked="" type="checkbox"/>
7		<input checked="" type="checkbox"/>
8		<input checked="" 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"/>
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 informé 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.

Date et signature du personnel aéronautique

12/09/21 

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

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



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 : RESPAUT Prénoms : Philippe Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 24/03/68
Lieu de naissance : PERIGUEUX

(201) Catégorie d'examen <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>1,76</u> cm	(203) Poids <u>108,5</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>135</u> Diastolique <u>85</u>	(207) Pouls au repos Pulsations <u>93</u> Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input checked="" type="checkbox"/> 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, tympan, 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
Patient Native - En cours de divorce avec un bon psychisme

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale anormale

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

Œil droit sans correction	<u>10/10</u>	Corrigée à		
Œil gauche sans correction	<u>10/10</u>	Corrigée à		
Vision binoculaire, sans correction	<u>10/10</u>	Corrigée à		

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
<u>0</u>	<u>0</u>				
Rapport annexés		Non réalisé	Date	Nor mal	Anor mal
(238) ECG			<u>12/06/17</u>		<u>X</u>
(239) Audiogramme			<u>12/06/17</u>		
(240) Examen Ophtalmologique			<u>12/06/17</u>		<u>X</u>
(241) Examen ORL			<u>12/06/17</u>		<u>X</u>
(242) Lipides sanguins					
(243) Fonctions respiratoires					
(320) Tonométrie G : D : mmHg					

(230) Vision intermédiaire

N14 lu à 100cm	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			<u>10/10</u>	
Œil gauche			<u>10/10</u>	
Vison binoculaire			<u>10/10</u>	