



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur de train
DEGRE : 1
NOM DE L'EMPLOYEUR : Setes
ADRESSE : Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Form fields: Nom: Triam, Prénom: Doudou Sow, Nationalité: Sénégalaise, Sexe: M, Né(e) le: 29/10/1994, à: Bakel, Lieu et date de l'examen médical: Dakar le 15-07-2021, Adresse: Dakar - Gueule-Tapée, Activités antérieures: chef d'équipe maintenance de transmission FH et système antenne radio à la Sonatel

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence ferroviaire ? 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 »

Table with 3 columns: Question, OUI, NON. Rows 1-13 listing various medical conditions like 'Troubles cardiaques', 'Taux de cholestérol élevé', etc.

Table with 3 columns: Répondez aux questions suivantes, OUI, NON. Rows 14-25 listing questions like 'Troubles du sommeil', 'Avez-vous subi une intervention chirurgicale?', etc.

Déclaration du personnel ferroviaire : 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.

Date et signature du personnel ferroviaire

Handwritten signature and date: 15-07-2021, Cuy

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Handwritten note: 22 : lunette anti-reflet car informaticien (sous prescription)



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : Thiam Prénoms : Doudou Sow Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 29-10-1994  
Lieu de naissance : Bakel

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille <u>195</u> cm	(203) Poids <u>74</u> kg	(204) Yeux couleur <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique <u>150</u>	Diastolique <u>90</u>	Pulsations <u>86</u>	Rythme <input type="checkbox"/> irrégulier <input 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, tympans, compli- ance 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

Part la pilule -

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

10/36

(235) Analyse d'urine Normale  anormale

Toxique: 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact
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>	<u>0</u>			
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Normal	Anormal
		<input type="checkbox"/>	<u>10/10/2014</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(238) ECG					
(239) Audiogramme					



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

(230) Vision intermédiaire	Sans correction		Avec correction	
	Oui	Non	Oui	Non
N14 lu à 100cm				
Œil droit	X			
Œil gauche	X			
Vision binoculaire	X			
N5 lu à 30 - 50cm				
Œil droit	F			
Œil gauche	F			
Vision binoculaire	F			
(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

(231) Perception des couleurs	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>
Tables pseudo-isochromatiques		
Nombre de tables présentées <i>10</i>	Type ISHIHARA	Nombre d'erreurs <i>2</i>

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)	Oreille droite	Oreille gauche
(si 239/241 non réalisé)		
Test de voix de conversation perçue à 2m le dos tourné vers l'examineur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

(236) Fonction respiratoire

Biologie	Hémoglobine	Glycémie
	<i>17,4 g/dl</i>	<i>82 mg/dl</i>

(248) commentaires, limitations :  
*Candidat de 27 ans célibataire, sans autre diplôme en resser-télex, motivé par un cousin à la SNCF, bonne santé, no fumeur, Alcool=0, Delt=0, psychisme bon,*

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

(240) Examen Ophtalmologique				
(241) Examen ORL				
(242) Lipides sanguins				
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G : D : mmHg				

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

Avis : <i>Apte</i>	Nom : <i>Dr François Charles NDIAYE</i> Médecin Dakar
Signature : <i>[Signature]</i>	

(247 bis) Décision du médecin agréé

APTE pour le degré :  
 INAPTE pour le degré :  
 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	Degré 1	Degré 2	Degré 3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>