



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur
 DEGRE : 1
 NOM DE L'EMPLOYEUR : SEVER
 ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : TALL
 Prénom : PAPA Momar
 Nationalité : SENEGALAISE Sexe : ☐ F ☐ M
 Né(e) le : 20/08/1990 à : Dakar
 Lieu et date de l'examen médical : Dakar, le 30/06/2021
 Adresse : Sacré-cœur III
 Téléphone : 77-197-66-57 email : b.tall41@yahoo.com
 Profession/activité : entrepreneur
 Situation de famille : célibataire

Activité(s) pratiques

* Sport : football et basket* Musique
* Line

Activités antérieures :

* voyager
* - - - -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 ☐ InapteAntécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proches de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☒ OUI ☐ NON Tante paternelle diabétique

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

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

Répondez aux questions suivantes :

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

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. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'autorité ferroviaire civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.

Toutes fausses déclarations priveront d'effet la décision d'aptitude et entraîneront une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

30/06/2021
[Signature]

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

11: BAV - 15:16: Chirurgie PostTx main Gche - 18: Cigarettes: 1/2
12: Port de lunettes



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : TALL	Prénoms : Papa Momar	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : 29/08/1990	Lieu de naissance : DAKAR			
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille 1855 cm	(203) Poids 123 kg	(204) Yeux couleur Brun	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : 105 Diastolique : 68	(207) Pouls au repos Pulsations : 60 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, tympans, 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

- obésité

Autocritique 30 ans. Célibataire

Placenta = 0

TABAC: 5-6/5

ALCOOL: 0

MDT: 0

SPORT: 0

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

$\phi = 36^\circ 7$

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

Toxique: 0

GAD = 985/11

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	10	Corrigée à
Œil gauche sans correction	10	Corrigée à
Vision binoculaire, sans correction	10	Corrigée à

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0				
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Normal	Anormal
(238) ECG			30/06/11	X	
(239) Audiogramme			30/06/11	X	



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	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			
N5 lu à 30 – 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit	☒			
Œil gauche	☒			
Vision binoculaire	☒			
(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	40	Type ISHIHARA
Nombre de tables présentées		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 ☒ Non ☐	Oui ☒ Non ☐

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

(236) Fonction respiratoire

Biologie		
Hb = 15,3 g/l		Cr AD = 0,85 g/l

(248) commentaires, limitations :

(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 :	Nom :
Signature Dr Patrick CORREA Médecin Généraliste MD/004/ANACS/DTA/08 DGAC N° 3657.	

(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
	☐	☐	☐