



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conductrice de train

DEGRE :

NOM DE L'EMPLOYEUR : SETER

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Bassene Prénom : Veronique Dingo Nationalité : Sénégalaise Né(e) le : 01/09/1987 à : Ziguinchor Lieu et date de l'examen médical : 16/07/2021 à AMS Adresse : Cité Soprim Villa 65/B Téléphone : 77 224 6663 email : vbassene723@gmail.com Profession/activité : Situation de famille : célibataire - sans enfant	Activité(s) pratiques Activités antérieures : Conseiller commercial
---	---

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 proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☒ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
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 fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

Le 16/07/2021

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

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

13 : Céphalées occasionnelles, notamment pendant les repas se résolvant à 30 min sans traitement



Assistance Médicale
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : <u>Bassene</u>	Prénoms : <u>Véronique Dingo</u>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <u>01/09/1987</u> Lieu de naissance : <u>Ziguinchor</u>				
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille : <u>165</u> cm	(203) Poids : <u>69</u> kg	(204) Yeux couleur : <u>Noir</u>	(205) Cheveux couleur : <u>Noir</u>	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique : <u>127</u> Diastolique : <u>76</u>	(207) Pouls au repos Pulsations : <u>77</u> Rythme : ☒ régulier ☐ irrégulier

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

Docteur de 33 ans célibataire sans enfant, diplômé en pharmacie, motivé par le nouveau défi professionnel, expérience de conseillère commerciale. Travail = 0 - School = 0 - Sport = 0. Bonne santé, vivre avec famille.

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

(235) Analyse d'urine

Normale ☒ anormale ☐

$t = 36^{\circ}8$

Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact
Œil droit sans correction	<u>8/10</u>	Corrigée à
Œil gauche sans correction	<u>9/10</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	Nor mal	Anor mal
(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			
Vison binoculaire		X			
N5 lu à 30 - 50cm		Oui	Non	Oui	Non
Œil droit		X			
Œil gauche		X			
Vison 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		Type ISHIHARA			
Nombre de tables présentées 10		Nombre d'erreurs 1			
(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	Hémoglobine: 12.3 g/H		Glycémie: 106 mg/dl		
(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 : Dr François Charles NDIAYE Médecin Dakar Signature:										
(247 bis) Décision du médecin agréé												
☐ APTÉ 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 : <table border="1"><thead><tr><th>Champ d'application du certificat</th><th>Degré 1</th><th>Degré 2</th><th>Degré 3</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>					Champ d'application du certificat	Degré 1	Degré 2	Degré 3		☐	☐	☐
Champ d'application du certificat	Degré 1	Degré 2	Degré 3									
	☐	☐	☐									