



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

TYPE DE PERSONNEL : Conducteur  
 DEGRE : 1  
 NOM DE L'EMPLOYEUR : SETPR  
 ADRESSE : 40 P. Kine Rue 10, Dakar

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

|   |  |
|---|--|
| Nom : <u>MBAYE</u><br>Prénom : <u>SALIF</u><br>Nationalité : <u>Sénégalaise</u> Sexe : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M<br>Né(e) le : <u>14/04/1988</u> à : <u>Dakar le 05/07/2021</u><br>Lieu et date de l'examen médical : <u>AMS</u><br>Adresse : <u>40 P. Kine Rue 10</u><br>Téléphone : <u>77 324 10 21</u> email : <u>negotium28@gmail.com</u><br>Profession/activité : <u>Technicien Télécoms / Informatique</u><br>Situation de famille : <u>Marié, sans enfant</u> | Activité(s) pratiques<br><br>Activités antérieures : <u>Technicien Télécoms Informatique, Administrateur Réseau, Conseiller T413 Sonatel</u> |
|---|--|

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 »

|    |  | OUI | NON                                 |
|----|--|-----|-------------------------------------|
| 1  | Troubles cardiaques, hypertension artérielle |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2  | Taux de cholestérol élevé                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3  | Maladie respiratoire                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4  | Maladies de l'estomac                        |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5  | Maladies du foie                             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6  | Diabète                                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7  | Maladies rénales                             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8  | Maladies articulaires et du dos              |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9  | Maladie thyroïdienne                         |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 | Tumeur ou maladie cancéreuse                 |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11 | Œil : choc, maladies, troubles visuels       |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 | Vertiges, pertes de connaissance             |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 | Migraines                                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |

| Répondez aux questions suivantes : |   | OUI | NON                                 |
|------------------------------------|---|-----|-------------------------------------|
| 14                                 | Troubles du sommeil   |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15                                 | Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?                            |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16                                 | Avez-vous eu un accident dans le passé ?                                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17                                 | Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18                                 | Etes-vous un consommateur de tabac ?                                      |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19                                 | Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?                        |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20                                 | Faites-vous usage de drogues illicites ?                                  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21                                 | Consommez-vous de l'alcool ?  |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22                                 | Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23                                 | Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?                    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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

Dakar le 05/07/2021

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



Assistance Médicale  
Sénégal

FORMULAIRE

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

NOM : **MBAYE** Prénoms : **SALIF** Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : **14/04/1988**  
Lieu de naissance : **Dakar**

|  |                               |                             |                                   |                                      |  |   |                      |  |
|--|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|---|----------------------|--|
| (201) Catégorie d'examen<br><input checked="" type="checkbox"/> Initial<br><input type="checkbox"/> Prorogation<br><input type="checkbox"/> Renouvellement<br><input type="checkbox"/> Recours spécial | (202) Taille<br><b>170</b> cm | (203) Poids<br><b>85</b> kg | (204) Yeux couleur<br><b>Noir</b> | (205) Cheveux couleur<br><b>Noir</b> | (206) Tension artérielle (assis)<br>mmHg |   | (207) Pouls au repos |  |
|  |                               |                             |                                   |                                      | Systolique<br><b>143</b>                 | Diastolique<br><b>48</b>  |                      |  |
|  |                               |                             |                                   |                                      | Pulsations<br><b>57</b>                  | Rythme<br><input type="checkbox"/> irrégulier<br><input checked="" type="checkbox"/> régulier |                      |  |

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

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

*Patient de 33 ans, marié sans enfant, en Bon état général, motivé pour l'opportunité d'explorer un branch professionnel. T=0 - Akel=0 - Spnt + - Relaters*

**Acuité visuelle** (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)  $\pm = 36^{\circ} 6$

(235) Analyse d'urine Normale  anormale   
Toxique : 0

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

|                                     |            |                  |                   |           |      |          |
|-------------------------------------|------------|------------------|-------------------|-----------|------|----------|
| Œil droit sans correction           | Corrigée à | Lunettes/Contact | Glucose           | Protéines | Sang | Autres   |
| Œil gauche sans correction          | Corrigée à |                  | 0                 | 0         | 0    |          |
| Vision binoculaire, sans correction | Corrigée à |                  | Rapport annexés   |           |      |          |
|                                     |            |                  | Non réalisés      |           | Date | Nor mal  |
|                                     |            |                  | Date              |           |      | 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          | <i>non</i>      |     |                 |     |
| Œil gauche         | <i>non</i>      |     |                 |     |
| Vision binoculaire | <i>non</i>      |     |                 |     |
| N5 lu à 30 – 50cm  |                 |     |                 |     |
| Œil droit          | <i>non</i>      |     |                 |     |
| Œil gauche         | <i>non</i>      |     |                 |     |
| Vision binoculaire | <i>non</i>      |     |                 |     |

(232) Lunettes

Oui  Non

Type :

| réfraction | Sph | Cylindre | Axe | Ajouter |
|------------|-----|----------|-----|---------|
|            |     |          |     |         |

(233) Lentilles de contact

Oui  Non

Type :

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIHARA

Nombre de tables présentées *10* 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 <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 | Hématologie                   | Biochimie                   |
|----------|-------------------------------|-----------------------------|
|          | <i>Hémoglobine: 13,9 g/dl</i> | <i>Créatinine: 95 mg/dl</i> |

|                                  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|
| (240) Examen Ophtalmologique     |  |  |  |  |
| (241) Examen ORL                 |  |  |  |  |
| (242) Lipides sanguins           |  |  |  |  |
| (243) Fonctions respiratoires    |  |  |  |  |
| (320) Tonométrie G :<br>D : mmHg |  |  |  |  |

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

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Avis :<br><i>apte</i> | Nom :<br><b>Dr François Charles NDIAYE</b><br>Médecin<br>Dakar<br>Signature :<br><i>[Signature]</i> |
|-----------------------|---|

(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 :

| Champ d'application du certificat | Degré 1                  | Degré 2                  | Degré 3                  |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(248) commentaires, limitations :

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé