



Assistance Médicale Sénégal

FORMULAIRE

DEMANDE EXAMEN MEDICAL

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

Cette page est à faire remplir par le Personnel ferroviaire

Nom : Coly  
 Prénom : Batim Ibrahima  
 Nationalité : Senegalaise Sexe :  F  M  
 Né(e) le : 19/08/1991 à : Dakar  
 Lieu et date de l'examen médical : Assistance Médicale Senegal  
 Adresse : Avenue 3 des Ambassadeurs le 05/07/2021  
Grand Mbaou côté N. Marie 49B  
 Téléphone : 77-71-08097 email : abraheomcoly@gmail.com  
 Profession/activité : Ecologue  
 Situation de famille : Colibataire sans enfant

Activité(s) pratiques :  
 Activités antérieures : Agent de sûreté aéro-portuaire

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		X
2	Taux de cholestérol élevé		X
3	Maladie respiratoire		X
4	Maladies de l'estomac		X
5	Maladies du foie		X
6	Diabète		X
7	Maladies rénales		X
8	Maladies articulaires et du dos		X
9	Maladie thyroïdienne		X
10	Tumeur ou maladie cancéreuse		X
11	Œil : choc, maladies, troubles visuels	X	X
12	Vertiges, pertes de connaissance		X
13	Migraines		X

Répondez aux questions suivantes :		OUI	NON
14	Troubles du sommeil		X
15	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		X
16	Avez-vous eu un accident dans le passé ?		X
17	Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		X
18	Etes-vous un consommateur de tabac ?		X
19	Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		X
20	Faites-vous usage de drogues illicites ?		X
21	Consommez-vous de l'alcool ?		X
22	Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	X	/
23	Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		X
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 entrainerait une sanction disciplinaire prononcée par l'autorité ferroviaire civile

Date et signature du personnel ferroviaire

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 : COLY Prénoms : Batim Ibrahima Date de naissance 19-03-1991 (JJ/MM/AAAA):  
Lieu de naissance : Dakar

(201) Catégorie d'examen <input checked="" type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Recours spécial	(202) Taille 182 cm	(203) Poids 79 kg	(204) Yeux couleur Noir	(205) Cheveux couleur Noir	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
	Systolique 119	Diastolique 72	Pulsations 57	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	X		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	X
(209) Cavité bucale, gorge, dents	X		(219) Anus, rectum (si nécessaire)	X
(210) Nez, sinus	X		(220) système génito-urinaire	X
(211) Oreilles, tympans, compli- ance tympanique	X		(221) Système endocrinien, thyroïde	X
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	/		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	X
(213) Yeux - pupilles	X		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	X
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus			(224) Examen neurologique- réflexes etc	X
(215) Pôumons, thorax, seins	X		(225) Psychiatrie	X
(216) Cœur	X		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	X
(217) Système vasculaire	X		(227) Etat général	X

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

*Patiente de 30 ans, Célibataire, T=0, B=0 Sp=+, Pdet=0, Diabète,  
p=368 étudie l'écologie, motivée par le besoin d'assumer ses charges  
financières*

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

*p=368*

(235) Analyse d'urine Normale  anormale

*Toxique: 0*

(229) (de loin à 5m/6m en dixième)

		Lunettes/Contact	
Œil droit sans correction	Corrigée à	7/10	
Œil gauche sans correction	Corrigée à	10/10	
Vision binoculaire, sans correction	Corrigée à	10/10	

Glucose	Protéines	Sang	Autres		
0	0	0			
Rapport annexés		Non réalisés	Date	Nor mal	Anor mal
		é	<i>19/03/2011</i>		
(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			10/10	
Œil gauche			10/10	
Vision binoculaire			10/10	
N5 lu à 30 - 50cm	Oui	Non	Oui	Non
Œil droit			10/10	
Œil gauche			10/10	
Vision binoculaire			10/10	

(232) Lunettes  Non  (233) Lentilles de contact  Oui  Non

Type :  réfraction  Sph  Cylindre  Axe  Ajouter

(313) Perception des couleurs Normale  Anormale

Tables pseudo-isochromatiques Type ISHIIHARA  
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 <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:
	16g/dl	89mg/dl

(248) commentaires, limitations :  
Port de Verre Correcteurs

(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 : Apte avec Port de Verre Correcteurs

Nom : Dr François Charles NDIAYE  
Médecin Dakar

Signature: [Signature]

Assistance Médicale Sénégal  
3 Avenue des Ambassadeurs  
Tél. 33 224.25.71 - Site jaf

(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"/>